

Institut/Klinik

Freiburg i.Br.,den _____

Bearbeiter: _____

Anlage

zur Anmeldung vom _____

**Angaben zur beruflichen Gefahrenexposition nach arbeitsmedizinischen Grundsätzen
(Kennziffer 1-8)**

Zur Vorlage beim untersuchenden Arzt

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____ Nr.: _____

Beschäftigungsstelle: _____ Inst.-Nr.: _____

Art der Untersuchung (Untersuchungsart) Kennziffer(n) lt. Anmeldung: _____*	
Form der Untersuchung: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung	
Allgemeine beschäftigungsbezogene Daten:	
Art der Tätigkeit: _____	
Art der Gefährdung: _____	
Beginn (auch vorgesehener) _____	Ende (auch voraussichtlich) _____
Arb.-Zeit: _____ h/Tag	
Kennziffer 2 (Lärm) >85 dB (A):	
Lärmquelle: _____	
Expos. Zeit/Tag (ca.): _____	
Kennziffer 3 (Bildschirm)	
Tät.Dauer/Tag (ca.): _____	
Kennziffer 4 (Atemschutz)	
Geräteart: _____	Benutzungsdauer: _____
Kennziffer 5 (Gentechnologie)	
Biol. Material: _____	
Lab. Sicherheitsstufe _____	Biol.Sicherheitsstufe: _____
Kennziffer 6 (Infektionsgefährdung/BioStoffV)	
Umgang mit <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Körpergewebe <input type="checkbox"/> Körperflüssigkeiten <input type="checkbox"/> Ausscheidungen	
<input type="checkbox"/> Sektionen <input type="checkbox"/> Krankheitserregern <input type="checkbox"/> Vet. Med. Untersuchungen	
<input type="checkbox"/> Umgang mit Gegenständen, die in Berührung mit vorstehenden Kriterien kommen (z.B. Abfälle/Reinigung)	
Kennziffer 8 (Gefahrstoffe):	
Stoffgruppe: _____	
<input type="checkbox"/> kanzerogen <input type="checkbox"/> mutagen <input type="checkbox"/> sensibilisierend <input type="checkbox"/> hautresortierend	
Verbrauchermenge _____ Tag.Woche Expos.Zeit _____ h/Tag	
Stoffzustand: <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> gasförmig <input type="checkbox"/> Rauch <input type="checkbox"/> Aerosol	
Wurden Messungen über Arbeitsplatzkonzentrationen durchgeführt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ergebnis: _____	
Pers. Körperschutzmittel erforderlich, welche _____	
Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz: _____	

* Nachstehend sind die Felder der genannten Kennziffern auszufüllen.

01/03 Hz

Name und Unterschrift der Direktion (oder Beauftragten)