

Einrichtung:

Freiburg, i.Br., den

Bearbeiter:

Tel.-Nr. :

Instituts-Kennziffer (vgl. Vorlesungsverzeichnis)

**ANMELDUNG ZUR
VORSORGEUNTERSUCHUNG**

(Bitte beim Arzt mit angeschl. Beiblatt einreichen)

An den
Betriebsärztlichen Dienst
Universitätsklinikum

nach der StrlSchV / RöV
(Kennziffer 9 oder 10)

nach arbeitsmed. Grundsätzen bzw. ent-
sprechenden Untersuchungs-Grundlagen
(Kennziffer 1 bis 8, ggf. 11)

Berliner Alle 6 -Hauspost-

Für jede Untersuchungsform ist ein getrenntes Formular zu verwenden, die Durchschriften sind sofort weiterzuleiten. Für jede Person muss ein entsprechendes gesondertes Anlageblatt beigefügt werden.

| Untersuchungsformen: | Kennziffer | Untersuchungsarten |
|--|------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (innerhalb von 2 Monaten vor Beginn der Tätigkeit veranlassen) | 1 | - Allgemeine Vorsorgeuntersuchung |
| | 2 | - Lärm |
| | 3 | - Bildschirm |
| | 4 | - Atemschutz |
| | 5 | - Gentechnik |
| <input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung (nach Maßgabe des untersuchenden Arztes) | 6 | - infektiöse Stoffe |
| | 7 | - Jugendliche unter 18 Jahren |
| | 8 | - Gefahrstoffe |
| | 9 | - Strahlenschutz |
| | 10 | - Röntgenschutz |
| | 11 | - Sonstige |

Zu untersuchende Bedienstete:

| Name: | Vorname: | Tätigkeit Beginn | Kennziffer (Untersuchungs- art) | Kategorie (Nur für StrlSchV/RöV) |
|-------|----------|---------------------|---------------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Die vorstehend genannten Bediensteten sind gemäß den gesetzlichen Bestimmungen von einem ermächtigten Arzt zu untersuchen. Die nach erfolgter Untersuchung umgehend auszustellenden ärztlichen Bescheinigungen sind innerhalb 8 Tagen an die vorgesehenen, oben rechts angegebenen, Dienststellen weiterzuleiten.

Mit dieser Anmeldung sind alle Bediensteten des Zuständigkeitsbereichs erfasst, für die eine gesetzliche Untersuchungspflicht besteht.

Um Mitteilung von Untersuchungsterminen wird gebeten.

Name / Unterschrift d. StrlSchV / Sicherheitsbeauftragten

Name und Unterschrift der Direktion