

ZENTRALE KLINISCHE FORSCHUNG



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

PERSONALBOGEN FÜR ZKF-ZUGANGSKARTE & TRANSPONDER-SCHLÜSSELAUSGABE

Antragsteller*in

* Pflichtfelder

Dienst-Bez. /Titel *		E-Mail Privat: *	
Nachname: *		Telefon: *	270 –
Vorname: *		Pipser: 12 –	
Klinik / Abteilung / Bereich: *			
Arbeitsgruppe *		Vorgesetzte*r *	
Zugangsberechtigungsdauer zur ZKF: *		Zugewiesene Labor Nr.: *	

Für die Bearbeitung der der Zugangskarte für den Haupteingang

- Bitte ein Foto mit: *Nachname, Vorname.jpg* an:

zkf.verwaltung@uniklinik-freiburg.de

Bei Verlust der Zugangskarte oder Transponder ist die ZKF-Verwaltung sofort zu informieren.

Zugangskarte ausgegeben:	☐	_____	Karte zurückerhalten:	☐
Unterschrift Zugangskarte erhalten				

Transponder / Schlüssel für Folgende Räume

nur von ZKF-Verwaltung auszufüllen

Labor Nr.:		Schlüssel Nr.:	
Umkleideräume + Spind:	NEIN ☐ JA ☐	Spind Nr.:	
Berechtigung für Stickstofftank:	NEIN ☐ JA ☐	Schlüssel Nr.	
		Cryo Tank Nr.:	
		Berechtigung Autoklav:	☐

ZKF – E-Mail-Verteiler

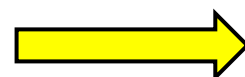
ZKF – E-Mail-Verteiler:	ZKF AG- Mitarbeiter ☐	ZKF AG-Technische-Assistenzen ☐	ZKF AG-Leitung ☐
-------------------------	--	--	---

Zusätzliche Funktionsräume

Raum Nr.:	Raum Bezeichnung	Raum Verantwortliche*r	Unterschrift Raum Verantwortliche*r

Raum Nr.:	Raum Bezeichnung	Raum Verantwortliche*r	Unterschrift Raum Verantwortliche*r

Genehmigungspflichtige Bereiche / Räume bitte Rückseite beachten!



Für folgenden Bereiche sind die entsprechenden Unterschriften der Bereichsverantwortlichen erforderlich!

ZKF-GAST

1.OG – Isotopenlabor – *ACHTUNG: Für diesen Bereich ist ein Strahlenschutzbeauftragter zu benennen!

☐ 02.010 – Isotopenlabor 2 ☐ 02.011 – Isotopenlabor 3 (H³-C14) Arbeitsplatz-Nr.:

Arbeitsgruppe: * Nutzungsdauer: *

Strahlenschutzbeauftragter: * Tel.: *

Strahlenschutzbevollmächtigter:

Kevin Müller / Tel.: 55560 / E-Mail: kevin.mueller@uniklinik-freiburg.de

Bestätigung durch den Strahlenschutzbevollmächtigten liegt vor: JA ☐ NEIN ☐

1.UG – Strahlenquelle – *ACHTUNG: Für diesen Raum ist ein Unterweisungsformular vorzuweisen!

☐ -1.049A – Strahlenquelle Aktuelle Unterweisung: Ablaufdatum:

Raum Verantwortlicher: Dr. Wolfgang Melchinger / Tel.: 71816 / E-Mail: wolfgang.melchinger@uniklinik-freiburg.de

Unterweisungsformular liegt vor: JA: ☐ NEIN: ☐

CEMT-GAST

RAUM VERANTWORTLICHE*R: JENNIFER BECKER

TEL. 52770

☐ Mausabholung + Gewebeprobenabholung **unbefristet – keine Unterschrift nötig**

☐ CEMT – Tierhaltung - 1.BA **Befristung laut Antrag - Unterschrift notwendig**
Befristung bis:

☐ CEMT – Experimentelle Tierhaltung (2.BA)
Befristung bis:

☐ CEMT-Gast – Landwasser – Wissenschaftler
Befristung bis:

Unterschrift Bereichs Verantwortliche*r

CEMT – ZKF MITARBEITER – RAUM VERANTWORTLICHE*R: DR. MARKUS JOSTEN / JENNIFER BECKER TEL. 52770

☐ CEMT-ZKF-Mitarbeiter

☐ CEMT-ZKF-Leitung/Vertretung

Unterschrift Bereichs Verantwortliche*r

LANDWASSER – RÄUME – RAUM VERANTWORTLICHE*R: DR. MARKUS JOSTEN / JENNIFER BECKER TEL. 52770

☐ Landwasser – Leitung/Vertretung **(mit Apotheke)**

☐ Landwasser – Tierhaltung **(ohne Apotheke)**

Unterschrift Bereichs Verantwortliche*r

LANDWASSER – MIETER – RAUM VERANTWORTLICHE*R: DR. MARKUS JOSTEN / JENNIFER BECKER TEL. 52770

☐ Landwasser – Mietwohnung

Unterschrift Bereichs Verantwortliche*r

Datum Unterschrift Antragsteller*in

Datum Unterschrift und Stempel
Vorgesetzte*r / Laborleiter*in