

ZENTRALE KLINISCHE FORSCHUNG



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM** FREIBURG

PERSONALBOGEN FÜR ZKF-ZUGANGSKARTE & TRANSPONDER-SCHLÜSSELAUSGABE

Antragsteller*in

* Pflichtfelder

Dienst-Bez. /Titel *	<input type="text"/>	E-Mail Privat: *	<input type="text"/>
Nachname: *	<input type="text"/>	Telefon: * 270 -	<input type="text"/>
Vorname: *	<input type="text"/>	Piepser:	<input type="text"/>
Klinik / Abteilung / Bereich: *	<input type="text"/>		
Arbeitsgruppe *	<input type="text"/>	Vorgesetzte*r *	<input type="text"/>
Zugangsberechtigungsdauer zur ZKF: *	<input type="text"/>	Zugewiesene Labor Nr.: *	<input type="text"/>

Für die Bearbeitung 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.:	<input type="text"/>	Schlüssel Nr.:	<input type="text"/>
Umkleideräume + Spind:	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Spind Nr.: <input type="text"/>
Berechtigung für Stickstofftank:	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Cryo Tank Nr.: <input type="text"/>
			Berechtigung Autoklav: <input type="checkbox"/>

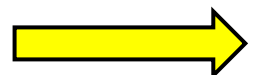
ZKF – E-Mail-Verteiler

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

Zusätzliche Funktionsräume

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Raum Nr.:	Raum Bezeichnung	Raum Verantwortliche*r	Unterschrift Raum Verantwortliche*r
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
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.: 71940 / 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