

Anmeldung als Experimentator / Nutzer am TRIGA Forschungsreaktor Mainz (FRMZ)

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ - 55099 Mainz

Name, Vorname, Titel: _____

Geburtsdatum, -ort
ggf. Geburtsname: _____

Adresse Wohnort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Heimatinstitution Name: _____

Abteilung, Adresse: _____

Institut für Kernchemie TRIGA Forschungsreaktor

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Fritz-Strassmann-Weg 2
55128 Mainz

Sekretariat:
Petra Sach-Muth
Tel. +49 6131 39-25321
Fax +49 6131 39-24510
petra.sach-muth@uni-mainz.de

Strahlenschutzüberwachung:

Die Strahlenschutzüberwachung während der Arbeiten geschieht.....

- durch Heimatinstitution [→ Formular „Strahlenschutzerklärung“] (*bevorzugt*)
- durch FRMZ [→ Formular „Ärztliche Bescheinigung“]

Welche Dosimeter werden während der Arbeitszeit von der Heimatinstitution gestellt?

- amtliches, passives Albedo Dosimeter
- elektronisches Dosimeter
- kein Dosimeter

Datum

Unterschrift Experimentator

HINWEIS

Dieses Formular ist 5 Wochen vor dem ersten Besuch am FRMZ einzureichen! Verspätete Einreichung kann zu Einschränkung im Zugang oder verwehrtem Zugang zum FRMZ führen.

Mit der Unterschrift erklärt sich der Unterzeichner einverstanden, dass seine persönlichen Daten durch die zuständigen autorisierten Behörden im Rahmen einer Sicherheitsüberprüfung verwendet werden.

Bedingt durch Aspekte des Strahlenschutzes kann kein Zugang für Personen unter 16 Jahren sowie für werdende oder stillende Mütter gewährt werden.

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ - 55099 Mainz

BESCHÄFTIGUNGSNACHWEIS

(auszufüllen von allen Nutzern)

für Nutzer am Forschungsreaktor TRIGA Mainz (kurz: FRMZ)

Hiermit wird bestätigt, dass

Name (wie im Personalausweis) _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr, in Ziffern) _____

angestellt ist am

Abteilung der Heimatinstitution: _____

Heimatinstitution, voller Name: _____

Adresse: _____

bis zum

Auslaufdatum des Vertrags: _____

und damit für die Zeitdauer ihrer/seines Aufenthaltes an der Universität Mainz und insbesondere am FRMZ. Sie/Er ist versichert gegen medizinische Behandlungskosten, Arbeitsunfälle während des Besuchs an der Universität Mainz sowie gegen nachfolgende Behinderungen bzw. Arbeitsunfähigkeit ausgelöst durch Arbeitsunfälle während ihres/seines Besuchs an der Universität Mainz.

Datum der Bestätigung:
(Tag/Monat/Jahr, in Zahlen)

Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben

Funktion des Unterzeichners in Heimatinstitution

Stempel der
Heimat-
institution

Unterschrift

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ - 55099 Mainz

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Experimentator am TRIGA Forschungsreaktor Mainz (FR MZ)

Im Anschluss an die ärztliche Untersuchung von:

Name (wie im Personalausweis/Reisepass) _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr, in Ziffern) _____

Name des Instituts _____

Ich erkläre hiermit, dass er/sie:

TAUGLICH IST für Arbeiten, die eine berufsbedingte Strahlenexposition zur Folge haben können.
(NB. Die Gültigkeit der Bescheinigung beträgt 12 Monate gerechnet vom Datum der Untersuchung).

TAUGLICH IST MIT EINSCHRÄNKUNGEN: (bitte spezifizieren)

UNTAUGLICH IST

Datum der Untersuchung:
(Tag/Monat/Jahr, in Ziffern)

Unterschrift und Stempel des Arztes

HINWEIS FÜR DEN ARZT

- 1) Die ärztliche Untersuchung ist unerlässlich um sicherzugehen, dass für die untersuchte Person hinsichtlich des beruflichen Zutritts zu Überwachungs- und Kontrollbereichen keine Kontraindikation besteht.
- 2) Die Untersuchung sollte aus einer klinischen und einer hämatologischen Untersuchung bestehen (rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, Differentialblutbild).
- 3) Diese ärztliche Bescheinigung muss von der Person oder von seinem/seiner Repräsentanten/in der Abteilung Strahlenschutz des FR MZ für den Erhalt eines Dosimeters und Zugang zum Kontrollbereich vergeben werden.
Die Bescheinigung kann nicht durch Post/Telefax gesendet werden!

NB: Die Kosten für die Untersuchung **werden nicht vom FR MZ oder der Universität Mainz bezahlt!**

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ - 55099 Mainz

ERKLÄRUNG DES STRAHLENSCHUTZES

der Heimatinstitution für Experimentatoren am TRIGA Forschungsreaktor Mainz (FRMZ),

Hiermit wird bestätigt, dass

Name (wie im Personalausweis) _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr, in Ziffern) _____

in der Strahlenschutzüberwachung unserer Einrichtung aufgenommen ist.

Innerhalb der letzten zwei Jahre wurde bei ihr/ihm eine Dosisleistung von

Dosisleistung der letzten zwei Jahre: _____ mSv

festgestellt.

Sonstige Einschränkungen aus Aspekten des Strahlenschutzes für ihre/seine Tätigkeit im Kontrollbereich des FRMZ

sind nicht bekannt.

sind wie folgt: _____

bitte spezifizieren: _____

Datum der Bestätigung:
Tag/Monat/Jahr, in Zahlen)

Name des Strahlenschutzbeauftragten in
Druckbuchstaben

Telefonnummer des Strahlenschutzbeauftragten

Stempel der
Heimat-
institution

Unterschrift