

# Strahlenschutzangaben Mitarbeiter Radiation Protection Information employee



## Angaben zum Mitarbeiter / Information about the employee:

Name Given name	_____	Vorname Surname	_____
Beruf Profession	_____	Geschlecht Gender	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Geburtsdatum Date of birth	_____		

## Angaben zum Arbeitgeber / Information about the employer:

Firmenname Name of employer	_____	Kontaktperson Person to contact	_____
Strasse / Nr. Street / number	_____	Telefon Telephone	_____
PLZ / Ort zip / city	_____	Email Email	_____
Land Country	_____		

## Empfänger der amtlichen Dosismeldung, wenn abweichend vom Arbeitgeber (oben):

Recipients of official dose record, if different from employer (above):

Firmenname Name of employer	_____	Kontaktperson Person to contact	_____
Strasse / Nr. Street / number	_____	Telefon Telephone	_____
PLZ / Ort zip / city	_____	Email Email	_____
Land Country	_____		

## Strahlenschutzangaben / radiation protection information

Medizinische Eignungsuntersuchung gültig bis Medically qualified. Examination valid up to	Monat / Month	Jahr / Year		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Für Schutzmaske und Schutzanzug zugelassen bis Clearence for respiratory equipment valid up to	Monat / Month	Jahr / Year	Gr. 2 *	Gr. 3*
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* gilt nur für Personen mit deutschem Strahlenpass

Vom Arbeitgeber zugelassenes Dosiskontingent für den Einsatz im Kernkraftwerk Gösgen  
Dose limit for your stay at the nuclear power plant Gösgen

\_\_\_\_\_ mSv     1 mSv     5 mSv     10 mSv     15 mSv     20 mSv

Bemerkungen  
Comments

Strahlenschutzsachverständiger  
Physician / PLHCP

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_