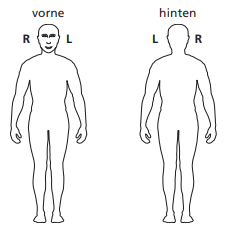
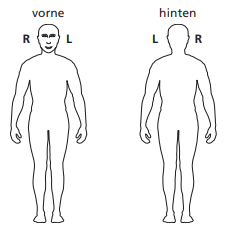
**Beratungsstelle Radioaktivität: Kontrollblatt**

**Nr.**

(wenn ausgefüllt, vertraulich)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname (Telefonnummer, Sprache)\*: …………………………………………………………………………………………………………………………(……………………………,…………………………….) | | | | |
| Ich bin einverstanden, dass persönliche Daten und Messresultate erhoben werden\*: 🞏 Ja 🞏 Nein | | | | |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **1** | Alter / Geburtsdatum\*: ……../…………………………. |  | 🞏 jünger als 18 Jahre |  | 🞏 älter oder gleich 18 Jahre |
| Schwanger oder stillend?\* | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Jodtabletten eingenommen (Anzahl)? Datum/Zeit:\*  ……Stück am…………um………….. | 🞏 gar nicht oder 🞏 nicht korrekt eingenommen | 🞏 nicht nötig oder  🞏 korrekt eingenommen |
| Aufenthalt in der Zone  während Wolkendurchzug? |  | 🞏 ja oder  🞏 unbekannt | 🞏 nein |
| Messwert Portalmonitor: | 🞏 positiv |  | 🞏 negativ |
| *\* Vom Besucher / Von der Besucherin auszufüllen (graue Schrift: durch Personal Beratungsstelle auszufüllen)* | wenn 1x 🗹  🞏 weiter an 2 | wenn min. 1x 🗹  🞏 weiter an 3 (Schilddrüsen-Messung, Ganzkörper-Messung, siehe Rückseite) | wenn. 1x 🗹 🞏 weiter an 4 zum Strahlenschutzexperten (SSE)  (Dosisabschätzung,  siehe Rückseite) | wenn alle 🗹:  🞏 keine weiteren Abklärungen  in der Beratungsstelle vorgesehen, bei Informationsbedarf weiter an 4(sonst **5**) |

*Nachfolgende Abschnitte sind vom Besucher / von der Besucherin nicht auszufüllen, bitte leer lassen!*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **Geltende Kriterien**  **Person**: max. ……… ips/cps - Gesamt: ……… ips/cps | **Kleider&Gegenstände**: ……. ips/cps ………… ips/cps | | | | | | |
| **Messgerät:**  🞏 CoMo 170 ZS  🞏 RA-99 | | **ips/cps vor Dusche** | **wenn nötig, ips/cps nach 1. Dusche** | |  | **Messung Kleider**  Maximum in ips/cps |
| Füsse / Schuhe | |  |  | |  |
| Hände | |  |  | |
| Haare / Kopf | |  |  | |
| Hals | |  |  | | **Messung Wertgegenstand**  Maximum in ips/cps |
| Arme | |  |  | |
| Beine | |  |  | |  |
| Körper | |  |  | |
| **Gesamt** | |  |  | |
| **Weiteres Vorgehen** | | Kreuz in Spalte **B** 🞏 (siehe **1**) | | | kein Kreuz in Spalte **B** 🞏 (siehe **1**) | | |
| keine Kontami­nation | | 🞏 weiter an **3**  (SD-Messung) | | | 🞏 Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 zum SSE  🞏 kein Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 (Information) | | |
| Kontamination | | 🞏 weiter an **3**  (SD- und Ganzkörpermessung) | | | 🞏 weiter an **3** (Ganzkörpermessung) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kleider | 🞏 werden abgegeben | 🞏 werden gelagert |
| Wertgegenstände | 🞏 werden abgegeben | 🞏 werden gelagert |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Schilddrüsenmessung:** Berechnete Dosis: ……. mSv | | | 🞏  Kind 0–50 mSv  Erw. 0–250 mSv | 🞏  Kind 50–200 mSv Erw. 250–1000 mSv | | 🞏  Kind > 200 mSv  Erw. > 1000 mSv |
| **Ganzkörpermessung:** Berechnete Dosis: …… mSv | | | 🞏  Kind 0–0.5 mSv  Erw. 0–10 mSv | 🞏  Kind 0.5–10 mSv  Erw. 10–100 mSv | | 🞏  Kind > 10 mSv  Erw. > 100 mSv |
| **Gewicht:** ……kg | | | 🞏 Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 zum SSE  🞏 kein Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 (Information) | 🞏 Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 zum SSE 🞏 kein Kreuz in Spalte **C** (siehe **1**), weiter an 4 zum Arzt | | |
|  | | | | | | | |
| **4** | **Aufenthalt in der Wolkenzone** | | | | | | |
| **Aufenthaltsort** | **Aufenthaltszeit**  **(Daten und Stunden)** | | **externe Dosis (gemäss Karten) [mSv]** | **Schutzfaktor**  **(Haus 10, Keller 50, Schutzraum 100)** | | **geschätzte Dosis [mSv]** |
| **von** | **bis** |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| **Externe Exposition :** Geschätzte Dosis: ……. mSv  Name Strahlenschutzexperte/-expertin (SSE):……………….……… | | | 🞏  Kind 0–1 mSv  Erw. 0–10 mSv | 🞏  Kind 1–10 mSv  Erw. 10–100 mSv | | 🞏  Kind > 10 mSv  Erw. > 100 mSv |
|  | | | 🞏 weiter an 4 (zum Arzt) | | | |
|  | | | | | | | |
| **4** | **Arztentscheidung, weiteres Vorgehen**  **Gesamte geschätzte erhaltene Dosis:** ……. mSv  🞏 Gespräch mit Arzt/Ärztin  Name des Arztes/der Ärztin: …………………………………………………………………………. | | | 🞏  Keine weitere Abklärungen zur aufgenommenen Dosis nötig | 🞏  Registrieren-beobachten | 🞏  Zusätzliche Abklärungen (unten ergänzen) | |
| 🞏 weiter an 5 | | | |
| **4**  **oder**  **5** | 🞏 weitere Informationen: 🞏 Bemerkungen zum weiteren Vorgehen: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **5** | 🞏 Ich bestätige, dass ich in der Beratungsstelle die notwendigen Informationen, Messungen und Beratungen  erhalten habe  🞏 Messdaten in separatem Couvert erhalten  🞏 Meine Kleider ausgehändigt 🞏 Meine Wertgegenstände abgegeben  🞏 Original Kontrollblatt ausgehändigt  🞏 Ich bin einverstanden, dass die Daten vom BAG weiterverwendet werden dürfen | Besucher/in: ………………  Datum und Zeitpunkt des Austritts: …………………………………….. | | | | | | |