

# Beratungsstelle Radioaktivität: Kontrollblatt

Nr.

(wenn ausgefüllt, vertraulich)

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

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

<b>2</b>	<b>Geltende Kriterien</b>			
	Person: max. .... ips/cps - Gesamt: .... ips/cps   <b>Kleider&amp;Gegenstände:</b> .... ips/cps			
	<b>Messgerät:</b> <input type="checkbox"/> CoMo 170 ZS <input type="checkbox"/> RA-99	<b>ips/cps vor Dusche</b>	<b>wenn nötig, ips/cps nach 1. Dusche</b>	<b>Messung Kleider</b> Maximum in ips/cps
	Füsse / Schuhe			
	Hände			
	Haare / Kopf			
	Hals			
	Arme			
	Beine			
	Körper			
<b>Gesamt</b>			<b>Messung Wertgegenstand</b> Maximum in ips/cps	
<b>Weiteres Vorgehen</b>	Kreuz in Spalte B <input type="checkbox"/> (siehe 1)		kein Kreuz in Spalte B <input type="checkbox"/> (siehe 1)	
keine Kontamination	<input type="checkbox"/> weiter an <b>3</b> (SD-Messung)		<input type="checkbox"/> Kreuz in Spalte C (siehe 1), weiter an <b>4</b> zum SSE <input type="checkbox"/> kein Kreuz in Spalte C (siehe 1), weiter an <b>4</b> (Information)	
Kontamination	<input type="checkbox"/> weiter an <b>3</b> (SD- und Ganzkörpermessung)		<input type="checkbox"/> weiter an <b>3</b> (Ganzkörpermessung)	
Kleider	<input type="checkbox"/> werden abgegeben		<input type="checkbox"/> werden gelagert	
Wertgegenstände	<input type="checkbox"/> werden abgegeben		<input type="checkbox"/> werden gelagert	



<b>3</b>	<b>Schilddrüsenmessung:</b> Berechnete Dosis: ..... mSv	<input type="checkbox"/> Kind 0–50 mSv Erw. 0–250 mSv	<input type="checkbox"/> Kind 50–200 mSv Erw. 250–1000 mSv	<input type="checkbox"/> Kind > 200 mSv Erw. > 1000 mSv
	<b>Ganzkörpermessung:</b> Berechnete Dosis: ..... mSv	<input type="checkbox"/> Kind 0–0.5 mSv Erw. 0–10 mSv	<input type="checkbox"/> Kind 0.5–10 mSv Erw. 10–100 mSv	<input type="checkbox"/> Kind > 10 mSv Erw. > 100 mSv
	<b>Gewicht:</b> ..... kg	<input type="checkbox"/> Kreuz in Spalte <b>C</b> (siehe <b>1</b> ), weiter an <b>4</b> zum SSE <input type="checkbox"/> kein Kreuz in Spalte <b>C</b> (siehe <b>1</b> ), weiter an <b>4</b> (Information)		

<b>4</b>	<b>Aufenthalt in der Wolkenzone</b>					
	Aufenthaltssort	Aufenthaltszeit (Daten und Stunden)		externe Dosis (gemäss Karten) [mSv]	Schutzfaktor (Haus 10, Keller 50, Schutzraum 100)	geschätzte Dosis [mSv]
		von	bis			
	<b>Externe Exposition :</b> Geschätzte Dosis: ..... mSv Name Strahlenschutzexperte/-expertin (SSE): .....		<input type="checkbox"/> Kind 0–1 mSv Erw. 0–10 mSv	<input type="checkbox"/> Kind 1–10 mSv Erw. 10–100 mSv	<input type="checkbox"/> Kind > 10 mSv Erw. > 100 mSv	
		<input type="checkbox"/> weiter an <b>4</b> (zum Arzt)				

<b>4</b>	<b>Arztentscheidung, weiteres Vorgehen</b> <b>Gesamte geschätzte erhaltene Dosis:</b> ..... mSv <input type="checkbox"/> Gespräch mit Arzt/Ärztin Name des Arztes/der Ärztin: .....	<input type="checkbox"/> Keine weitere Abklärungen zur aufgenommenen Dosis nötig	<input type="checkbox"/> Registrieren - beobachten	<input type="checkbox"/> Zusätzliche Abklärungen (unten ergänzen)
	<input type="checkbox"/> weiter an <b>5</b>			

<b>4 oder 5</b>	<input type="checkbox"/> weitere Informationen: <input type="checkbox"/> Bemerkungen zum weiteren Vorgehen:

<b>5</b>	<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich in der Beratungsstelle die notwendigen Informationen, Messungen und Beratungen erhalten habe <input type="checkbox"/> Messdaten in separatem Couvert erhalten <input type="checkbox"/> Meine Kleider ausgehändigt <input type="checkbox"/> Meine Wertgegenstände abgegeben <input type="checkbox"/> Original Kontrollblatt ausgehändigt <input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden, dass die Daten vom BAG weiterverwendet werden dürfen   Besucher/in: .....  Datum und Zeitpunkt des Austritts: .....
----------	--