

Bitte trennen Sie die Blätter und senden Sie uns die ausgefüllten Formulare per Post, per Fax: +43 50550-3001 oder per Email: [dosimeterservice@seibersdorf-laboratories.at](mailto:dosimeterservice@seibersdorf-laboratories.at)



## ERSTANMELDUNG FÜR PERSONENDOSIMETER

### Teil 1: Firmendaten \*

Wir ersuchen Sie, das Formular vollständig auszufüllen. Sie sind gemäß § 97 (2) AllgStrSchV 2020 dazu verpflichtet, die im Folgenden abgefragten Daten der mit Dosimeter überwachten Personen der Dosismessstelle bekannt zu geben, damit diese an das Zentrale Dosisregister weitergeleitet werden können (§ 102 AllgStrSchV 2020).

FIRMA	Firma: _____	Straße, Nr.: _____	Telefon: _____
	Abteilung: _____	PLZ: _____	Fax: _____
	UID Nr.: _____	Ort: _____	Email: _____

BEWILLIGUNGS- INHABER/IN	<input type="checkbox"/> Bewilligungsinhaber/in <u>ist ident</u> mit oben angeführter Firma.		
	Firma: _____	Straße, Nr.: _____	Telefon: _____
	Abteilung: _____	PLZ: _____	Fax: _____
	UID Nr.: _____	Ort: _____	Email: _____

RECHNUNGS- ADRESSE	<input type="checkbox"/> Rechnungsadresse <u>ist ident</u> mit oben angeführter Firma.		
	Firma: _____	Straße, Nr.: _____	Email für Rechnungen im PDF-Format _____
	Abteilung: _____	PLZ: _____	Email: _____
	UID Nr.: _____	Ort: _____	

### STRALENSCHUTZBEAUFTRAGTE/R (Bitte unbedingt ausfüllen!)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### ANSPRECHPERSON für Prüfberichte & Dosimeter (Nur auszufüllen, wenn nicht ident mit Strahlenschutzbeauftragter/m!)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**\*) Bitte gemeinsam mit „Teil 2: Personendaten“ (Seite 3) abgeben!**

# AUSFÜLLHILFE

Bitte tragen Sie die Abkürzungen aus den zugehörigen Tabellen in die mit 1 - 4 gekennzeichneten Felder im Formular „Erstanmeldung für Dosimeter“ ein!

## 1) Art der Tätigkeit beruflich strahlenexponierter Personen

Industrie		Medizin		Nuklearmaterial und radioaktiver Abfall	
I01	Industrielle Radiografie - stationär	M01	Röntgendiagnostik	K07	Dekommissionierung
I02	Industrielle Radiografie - mobil	M02	Interventionelle Radiologie	K10	Transport im Bereich von Kernanlagen
I04	Transport von radioaktivem Material	M05	Strahlentherapie	K11	Nuklearmaterial - Sonstiges
I06	Industrielle Bestrahlung	M06	Zahnrontgen	K12	Kernmaterial
I10	Sonstige industrielle Tätigkeiten	M10	Veterinärmedizin	K13	Kernanlagen
I11	Röntgenfluoreszenz	M12	Nuklearmedizin	K14	Entsorgungsanlagen
I12	Industrielle Sonden	M13	Sonstige medizinische Tätigkeiten		
I13	Radionuklidherstellung				
I14	Elektronenstrahlschweißen				

Natürliche Strahlung		Forschung		Militär	
N11	Luft- und Raumfahrt	F04	Medizinische und pharmazeutische Forschung	A03	Militärischer Bereich
N12	Tätigkeiten mit natürlich vorkommenden radioaktiven Materialien		F05	Nukleare Forschung	
N13	Arbeitsplätze in Radonschutzgebieten	F06	Sonstige Forschungszweige und Ausbildung		
N14	Sonstige Arbeitsplätze mit Radonexpositionen				
				Sonstige	
				S02	Notfallexpositionen
				S03	Hier nicht angeführte Tätigkeiten

## 3) Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigungsverhältnis	
BV01	Arbeitnehmer/in
BV02	selbständig und unfallversichert
BV03	selbständig und nicht unfallversichert, auch Ordensangehörige
BV04	Student/in

## 4) Kategorie

Die Kategorie wird von der Behörde festgelegt bzw. wenn diese Einteilung noch nicht durchgeführt wurde, wird sie als Kat. A angenommen. Bei nicht beruflich strahlenexponierten Personen tragen Sie bitte den Buchstaben „X“ in das Feld „Kategorie“ ein. Diese Dosiswerte werden dann von uns nicht an das Zentrale Dosisregister weitergegeben.

## 2) Unfallversicherungsträger

Unfallversichert bei:			
UV01	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	UV15	KFA der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg
UV02	Sozialversicherungsanstalt der Bauern	UV16	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer
UV05	Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden	UV17	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten
UV06	Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz	UV18	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten
UV07	Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte	UV19	KFA der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz
UV08	Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte	UV20	Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein
UV09	Oberösterreichische Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge	UV21	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
UV10	Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr	UV22	Sozialversicherungsanstalt für Selbständige
UV11	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien	UV23	Unfallfürsorgeeinrichtung der Bediensteten der Stadt Wien
UV12	Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels	UV24	Unfallfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadt Innsbruck
UV13	KFA für die Beamten der Landeshauptstadt Graz	UV25	sonstige Unfallversicherung
UV14	Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach		

# SEIBERSDORF LABORATORIES

Bitte trennen Sie die Blätter und senden Sie uns die ausgefüllten Formulare per Post, per Fax: +43 50550-3001 oder per Email: dosimeterservice@seibersdorf-laboratories.at

An- und Abmeldungen sind spätestens 2 Wochen vor Beginn bzw. Ende des Überwachungszeitraums bekanntzugeben.



## ERSTANMELDUNG FÜR DOSIMETER

Beginn der monatl. Überwachung (Monat / Jahr) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Teil 2: Personendaten

Farbe des Dosimeterhalters:  Schwarz (Standard)  Orange

Ich melde verbindlich folgende Personen zur Dosismessung mittels Dosimeter an:

Wir ersuchen Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen!

Familiennamen		Vorname		Sozialversicherungs-Nr. [10-stellig] falls unbekannt, Geb.Datum + Geb.Ort		Staats- angehörigkeit	Geschlecht [m/w]
Kat. A / B <sup>4)</sup>		Tätigkeit <sup>1)</sup>	Unfallvers. <sup>2)</sup>	Besch.verh. <sup>3)</sup>	Augenlinsen TLD		
					<input type="checkbox"/> Ganzkörper- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Fingerring- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Stirn- Dosimeter
							<input type="checkbox"/> Schürzen- Dosimeter

  

Familiennamen		Vorname		Sozialversicherungs-Nr. [10-stellig] falls unbekannt, Geb.Datum + Geb.Ort		Staats- angehörigkeit	Geschlecht [m/w]
Kat. A / B <sup>4)</sup>		Tätigkeit <sup>1)</sup>	Unfallvers. <sup>2)</sup>	Besch.verh. <sup>3)</sup>	Augenlinsen TLD		
					<input type="checkbox"/> Ganzkörper- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Fingerring- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Stirn- Dosimeter
							<input type="checkbox"/> Schürzen- Dosimeter

  

Familiennamen		Vorname		Sozialversicherungs-Nr. [10-stellig] falls unbekannt, Geb.Datum + Geb.Ort		Staats- angehörigkeit	Geschlecht [m/w]
Kat. A / B <sup>4)</sup>		Tätigkeit <sup>1)</sup>	Unfallvers. <sup>2)</sup>	Besch.verh. <sup>3)</sup>	Augenlinsen TLD		
					<input type="checkbox"/> Ganzkörper- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Fingerring- Dosimeter	<input type="checkbox"/> Stirn- Dosimeter
							<input type="checkbox"/> Schürzen- Dosimeter

### Bitte beachten Sie die Ausfüllhilfe auf Seite 2!

Das Merkblatt für die Personenüberwachung mit Thermolumineszenz-Dosimeter, die gültige Preisliste und die Geschäftsbedingungen der Seibersdorf Labor GmbH (AIT Liefer- und Zahlungsbedingungen) wurden inhaltlich zur Kenntnis genommen und akzeptiert (alles beiliegend).

**Bitte geben Sie dieses Formular gemeinsam mit „Teil 1: Firmendaten“ (Seite 1) ab!**

Ort, Datum

Firmenmäßige Zeichnung  
(Stempel und Unterschrift)

v 10 | Seite 3

## NOTIZEN