

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zum Umgang mit radioaktiven Stoffen und Strahlen

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haben Sie in Ihrem jetzigen Beruf Umgang mit radioaktiven Stoffen (Kernbrennstoffen, Isotopen) oder strahlenerzeugenden Geräten?

nein  ja

Falls ja, seit

3. Haben Sie bereits früher eine strahlengefährdete Tätigkeit ausgeübt?

nein  ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Seit wann?

4. Arbeiten Sie im Kontrollbereich eines Reaktors?

nein  ja

5. Arbeiten Sie im Überwachungsbereich eines Reaktors?

nein  ja

6. Haben Sie mit Röntgen- und / oder anderen Strahlen zu tun?

nein  ja

Falls ja, in welchem Umfang? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Welcher Art sind die radioaktiven Stoffe, mit denen Sie umgehen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz?

nein  ja

Falls ja, welcher Art? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Tragen Sie ein Strahlenmessgerät?  nein  ja

Falls ja, welcher Art? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Haben Sie jemals die Toleranzdosis überschritten?  nein  ja

Fall ja, wann? 

11. Üben Sie strahlengefährdete Funktionen ständig aus?  nein  ja

Falls ja, wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_ mal

Wie lange jeweils? \_\_\_\_\_

12. Waren sie schon wegen Strahlungsschäden oder Verletzungen, die durch die Arbeit mit radioaktiven Stoffen entstanden sind, in ärztlicher Behandlung?  nein  ja

Falls ja, geben Sie bitte den Namen und Anschrift des behandelnden Arztes an  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x