

# Anlage

<b>Name und Anschrift der ermächtigten Ärztin oder des ermächtigten Arztes</b>  <b>(Stempel)</b>	<b>Ärztliche Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen</b>  <b>Berichtsjahr</b>	
	<b>Anzahl der Tätigkeiten nach StrlSchV</b>	
	weiblich	männlich
<b>Erstuntersuchungen, davon</b>		
keine Bedenken		
Bedenken gegen Tätigkeiten mit Inkorporations- oder Kontaminationsgefahr		
Bedenken gegen Tätigkeiten im Kontrollbereich		
<b>Erneute Untersuchungen, davon</b>		
keine Bedenken		
Bedenken gegen Tätigkeiten mit Inkorporations- oder Kontaminationsgefahr		
Bedenken gegen Tätigkeiten im Kontrollbereich		
<b>Ärztliche Beurteilung (ohne unmittelbar vorausgehende Untersuchung)</b>		

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes