

Unterweisung helfender Personen

Aufbewahrungsfrist: 1 Jahr

§ 55 StrlSchV Zutritt zu den Strahlenschutzbereichen:

Weitere Personen (außer den Praxismitarbeitern) darf der Zutritt zu den Kontrollbereichen nur erlaubt werden, wenn ihr Aufenthalt in diesem Bereich als **helfende Person** erforderlich ist und eine zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs berechnigte Person, die die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt, zugestimmt hat.

Nach § 63 StrlSchV sind diese Personen, denen Zutritt zu den Kontrollbereichen gestattet wird, vorher über die möglichen Gefahren und ihre Vermeidung zu unterweisen.

An Personen, die sich aus **anderen** Gründen als zu ihrer ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung im Kontrollbereich aufhalten, ist unverzüglich die Körperdosis zu ermitteln (§ 64 StrlSchV). Ist beim Aufenthalt von Personen im Kontrollbereich sichergestellt, dass im Kalenderjahr eine effektive Dosis von 1 Millisievert eine höhere Organ-Äquivalentdosis als 15 Millisievert für die Augenlinse und eine lokale Hautdosis von 50 Millisievert nicht erreicht werden können, so kann so für diese Personen auf die Ermittlung der Körperdosis verzichtet werden. Dies gilt nicht, wenn die zuständige Behörde die Ermittlung verlangt.

Unterweisung für eine helfende Person:

Name:

Vorname:

Geb. am:

Ich wurde darüber unterrichtet, dass ich heute als helfende Person im Kontrollbereich tätig sein soll. In diesem Bereich werde ich einer Strahlenbelastung durch Streustrahlung ausgesetzt sein. Diese Strahlendosis ist jedoch deutlich geringer als die Dosis, die der zu untersuchende Patient erhalten wird. Zum Schutz gegen diese Streustrahlung werde ich eine Strahlenschutzschürze erhalten, meine Hände sollen sich nach Möglichkeit nicht im Bereich des Strahlenganges befinden.

Ich habe den Unterweiser darüber informiert, ob ich bereits im letzten Jahr als helfende Person im Kontrollbereich tätig war.

Ich erkläre hiermit, dass ich bereit bin, als helfende Person tätig zu sein.

Bei weiblichen Personen: Nach meinem Kenntnisstand liegt bei mir keine Schwangerschaft vor.

Datum

Unterschrift helfende Person

Arzt/ZA mit Fachkunde im Strahlenschutz