

Strahlenunfallerhebungsbogen 2

Angaben des Betrieblichen Strahlenschutzes/des Ersthelfers bzw. der Ersthelferin/der Sanitäterin bzw. des Sanitäters

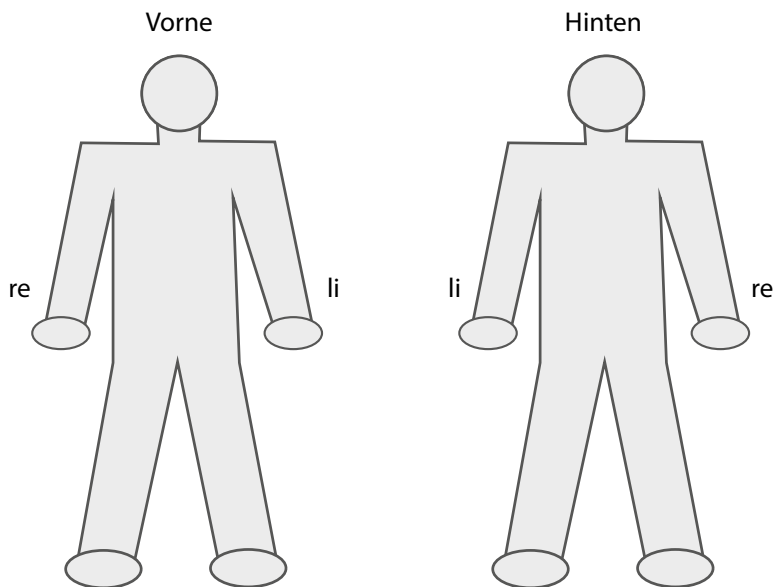
1. **Personenkontamination** keine Kontamination

Messgerät und Sonde _____

a-Aktivität a + b Aktivität

Imp/min. oder Bq/cm²: _____

(Unterhalb eines Wertes von 10 Bq/cm² sind keine Strahlenschutzmaßnahmen erforderlich)



Lokalisation:

Kontaminierte Flächen als Schraffur unter Angabe der Höhe der Kontamination eintragen (Imp/min. oder Bq/cm²).

Wurde Kontamination beseitigt? ja nein

Falls Restkontamination, wo _____
Imp/min oder Bq/cm² _____

Kontaminierte Verletzung ja nein

Lokalisation: _____

2. Inkorporation

Inkorporationsverdacht ja nein

Vermutete Radionuklide _____

Inkorporationsüberwachung veranlasst ja nein

(welche) _____

Dekorporationstherapie eingeleitet ja nein

(welche) _____

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift

Strahlenunfallerhebungsbogen 3

Angaben der Ärztin/des Arztes

1. Erhebungen zur Befindlichkeit des Patienten/der Patientin:

Verletzungen

Frakturen

Weichteilverletzungen

Allgemeine Symptomatik	ja	nein	wenn ja, gering	stark	schwach
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befunderhebungen

Blutdruck _____ mm Hg

Puls _____ pro min.

Atemfrequenz _____ pro min.

Körpertemperatur _____ °C

Wahrnehmungsfähigkeit gestört? (Bewusstlosigkeit) ja nein

wenn ja, kurze Beschreibung _____

Hautbefund (z.B. Erythem) (wenn ja, Beschreibung) _____

Augenbefund (z.B. Konjunktivitis) (wenn ja, Beschreibung) _____

Schleimhäute (wenn entzündliche Veränderungen, Beschreibung) _____

Stuhlgang (geformt, Durchfall, wässrig, blutig?) _____

Sonstige Beschwerden (allgemein, lokal) _____

2. Ärztliche Beurteilung:

keine weitere Beobachtung erforderlich Ambulante Überwachung empfohlen

Stationäre Abklärung und Behandlung erforderlich

3. Rücksprache mit regionalem Strahlenschutzzentrum

wann _____

mit welchem _____

Ergebnis der Rücksprache:

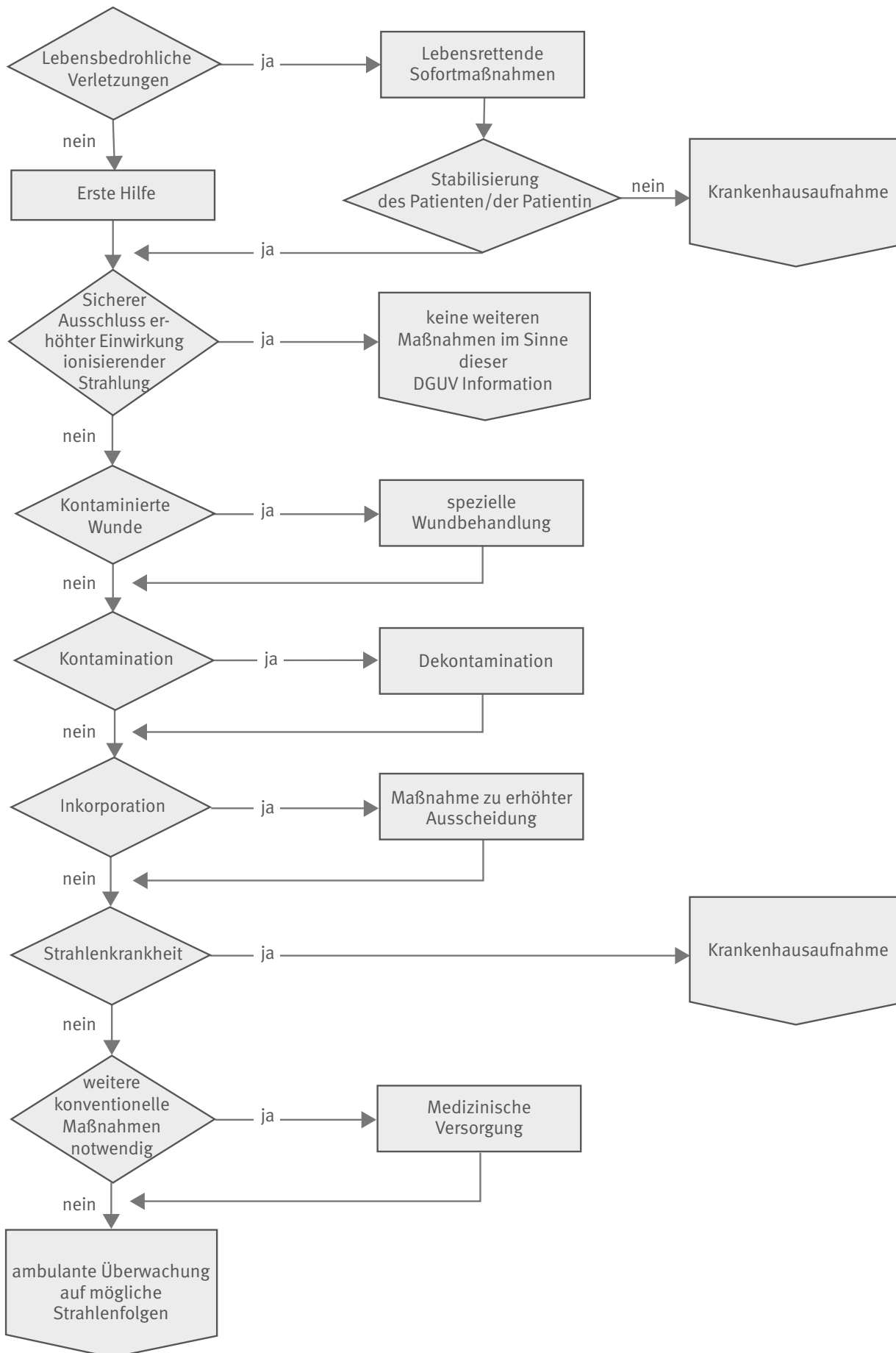
Durchführung weiterer ambulanter Maßnahmen (an wen überwiesen?) _____

Durchführung stationärer Maßnahmen (an wen überwiesen?) _____

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift des Arztes bzw. der Ärztin

Ablaufschema: Maßnahmen bei möglicher erhöhter Einwirkung ionisierender Strahlung



Regionale Strahlenschutzzentren

Die aktuellen Adressen und Telefonnummern bitte unter folgender Internetadresse einsehen:

► <http://www.bgetem.de>

Im Suchfeld den Webcode „12178646“ eintragen und suchen.

Oder:

► <https://www.bgetem.de/arbeitsicherheit-gesundheitsschutz/institute/institut-fuer-strahlenschutz-1/regionale-strahlenschutzzentren/regionale-strahlenschutzzentren-des-instituts-fuer-strahlenschutz>