

A4.1 Strahlenunfallerhebungsbogen 2:
Angaben des betrieblichen Strahlenschutzes/Ersthelfers/Sanitäters

1. Personenkontamination **keine Kontamination**

Messgerät und Sonde: _____

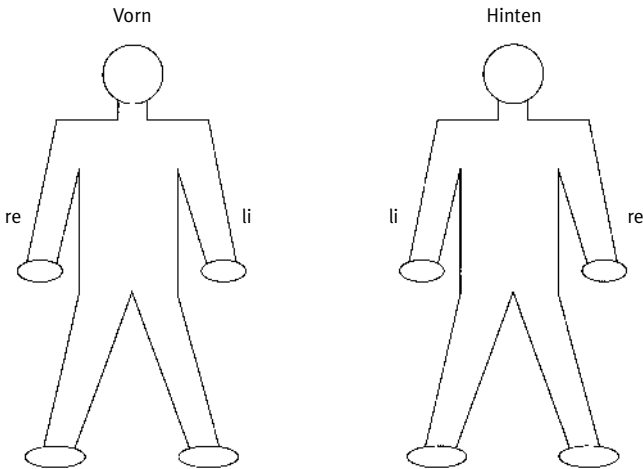
α -Aktivität $\alpha + \beta$ -Aktivität

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
 (lpm/min oder Bq/cm²)



Wurde Kontamination beseitigt? ja nein

Falls Restkontamination, wo _____

lpm/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

A4.2 Strahlenunfallerhebungsbogen 3: Angaben des Arztes

1. Erhebungen zur Befindlichkeit des Patienten:

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. Conjunctivitis) (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?) _____