A4 Strahlenunfallerhebungsbögen

Strahlenunfallerhebungsbogen 1
Angaben des Betrieblichen Strahlenschutzes/des Ersthelfers bzw. der Ersthelferin/der Sanitäterin bzw. des Sanitäters
(Ausfüllen soweit verfügbar)

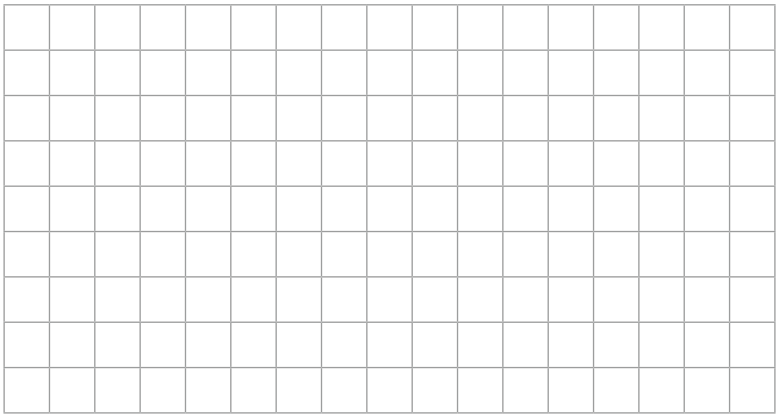
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

1. **Anschrift:**
   Privatanschrift: _____
   Straße/Nr.: _____
   Ort: _____
   Telefon: _____
   Arbeitgeber: _____
   Straße/Nr.: _____
   Ort: _____
   Telefon: _____

2. **Allgemeine Unfallbeschreibung**
Zeit des Unfalls: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Tag Monat Jahr Std. Min.

Ort des Unfalls (gegebenenfalls Anschrift, Gebäude, im Freien, etc.): _____
_____
_____

Unfallskizze (Position des Verletzten in Bezug auf Strahlenquelle):



3. **Abgeschätzte Körperdosis**
☐ Ganzkörperexposition ☐ Teilkörperexposition, wo? _____

unter 0,1 Sv	
0,1 - 0,5 Sv	
0,5 - 2 Sv	
mehr als 2 Sv	

Kontamination ja ☐ nein ☐

Verdacht auf Inkorporation ja ☐ nein ☐

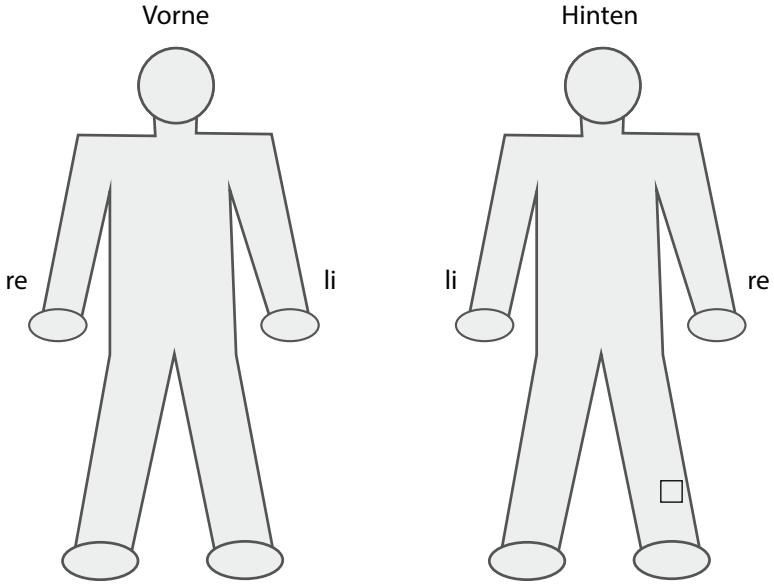
_____
Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift

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	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeitsgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐

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, wässerig, 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