

## Anlage 10.3 Bescheinigung für Arbeiten

### Ärztliche Bescheinigung

nach § 95 StrlSchV

Verpflichteter (Unternehmen, Dienststelle usw.)  
nach § 95 StrlSchV

Personalnummer
gegebenenfalls Registrier-Nr. des Strahlenpasses

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Wohnort \_\_\_\_\_  
 männlich       weiblich  
 wurde von mir  
 am \_\_\_\_\_ untersucht. \_\_\_\_\_

### Beurteilung

Es bestehen derzeit gegen eine Beschäftigung im Bereich ionisierender Strahlung

- |    |                                 |                          |
|----|---------------------------------|--------------------------|
| I  | keine gesundheitlichen Bedenken | <input type="checkbox"/> |
| II | gesundheitliche Bedenken        | <input type="checkbox"/> |

Hinweis: Die Beurteilung umfasst nicht sonstige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach anderen Rechtsvorschriften.

Bemerkungen:

Erneute Beurteilung oder nächste Untersuchung:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel mit Anschrift des  
Arztes nach § 64 StrlSchV