

Transponderquittung:

Name: _____ Arbeitsgruppe: _____

Ich habe den nachfolgend bezeichneten Transponder für das Universitätsgebäude

Altensteinstraße 23a

der Freien Universität Berlin erhalten.

Transpondernummer: _____

Ich verpflichte mich,

den Transponder zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und keinen Unbefugten Personen zu überlassen, den Transponder **sorgfältig aufzubewahren**.

das Gebäude/Raum **beim Verlassen ordnungsgemäß zu verschließen**,

den Transponder bei meinem Ausscheiden aus der Universität oder auf Verlangen der zuständigen Universitätseinrichtung unverzüglich **zurückzugeben**.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich nach den gesetzlichen Haftungsgründen für den Schaden einzustehen habe, der durch schuldhaften Verlust eines mir ausgehändigten Transponders entsteht.

Ein Transponder berechtigt nicht, weiteren Personen Zutritt zu gewähren oder diesen an Dritte weiterzugeben! Der Erhalt des Transponders berührt nicht die Dienstvereinbarung über die gleitende Arbeitszeit sowie die Einhaltung der geltenden Regelung zu Überstunden von Tarifverträgen. Die Schließfreigabe erfolgt durch die zuständige Universitätseinrichtung. **Änderungswünsche können durch den/die Kostenstellenverantwortliche/n beantragt werden.** Die Geltungsdauer der Schließberechtigung kann zeitlich begrenzt sein. Daher sollte der Transponder in regelmäßigen Abständen an einem Kartenlesegerät aktualisiert werden.

Datum

Unterschrift – Mitarbeiter*in

Fragebogen zur Ermittlung der arbeitsmedizinischen Vorsorge für Nutzende
Biolab/OM Bereich (S2 Gen-Anlage 92/14) SupraFAB *Questionnaire for occupational health care for users of the Biolab/OM facility (S2 genetic engineering facility 92/14) SupraFAB*

Vorbemerkung Note

Vor Aufnahme von Tätigkeiten in der S2 Gen-Anlage 92/14 SupraFAB (Optische Mikroskopie und Biologiebereich) ist der Fragebogen von der Forschungsgruppenleitung auszufüllen und der Bereichsleitung der S2 Bereiche K. Achazi (Vertretung: D. Lauster, S. Wedepohl, TAs) vorzulegen. *Before starting work in the S2 Gene Facility 92/14 SupraFAB (microscopy and biology area), the questionnaire for a risk assessment must be completed by the head of the research group and submitted to the responsible head of the S2 area K. Achazi (stand-in: D. Lauster, S. Wedepohl, TAs).*

Bei ermittelter Pflichtvorsorge dürfen Tätigkeiten erst nach Vorlage einer aktuellen Vorsorgebescheinigung des Arbeitsmedizinisches Zentrum der Charité (AMZ) aufgenommen bzw. weitergeführt werden. *In case an obligatory preventive medical check-up was identified, work can only be started or continued after presentation of a valid preventive medical check-up certificate from the Charité's Occupational Health Center (AMZ).*

Termin AMZ *appointment AMZ*: amz-anmeldung@charite.de, Tel.: +49 30 450 570 775

Vorname & Nachname:

First Name & Last Name:

Forschungsgruppe:

Research Group:

1. **Umgang mit Gefahrstoffen oder kanzerogenen Stoffen, bei denen Arbeitsplatzgrenzwerte überschritten werden?** *Handling hazardous substances or carcinogenic agents that exceed occupational exposure limits?* **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

2. **Umgang mit humanpathogenen Erregern oder humanen Proben?** *Handling of human pathogens or human samples?* **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

Humane Blutproben: *Human blood:*

Andere humane Proben: *Other human samples:*

Influenza A Virus *Influenza A virus:*

Masernvirus: *Measles virus:*

Andere Erreger (Viren, Bakterien, Pilze, Einzeller): *Other pathogens (virus, bacteria, fungi, protozoa):*

3. **Weitere besondere Gefährdungen?** *Other special hazards?* **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

Tragen von Atemschutzgeräten (z.B. FFP2) *Wearing respirators (e.g. FFP2)*

Tragen von Handschuhen tragen *Wearing gloves* >2h **oder** >4h tägl. *daily*

Bildschirmarbeit (>2h tägl.): *Computer work (>2h daily):*

Sonstige (bitte beschreiben): *Others (describe please):*

Datum *Date*

Unterschrift Forschungsgruppenleitung *Signature group head*

Angebotsvorsorge
Optional check-up

Pflichtvorsorge
Obligatory check-up

Nicht eindeutig, AMZ besuchen
Cannot be decided, visit AMZ

Datum *Date*

Unterschrift S2 Bereichsleitung *Signature S2 responsible person*
K. Achazi (D. Lauster, S. Wedepohl)