

## Antrag - Schließberechtigungen/Transponder SupraFAB

- Neuantrag** (Ich habe noch KEINEN Transponder.)
- Änderungsantrag** (Ich habe bereits einen Transponder und möchte vorhandene Schließberechtigungen ändern und /oder ich möchte die Gültigkeit meines Transponders verlängern.)

Name:	_____	Vorname:	_____
Arbeitsgruppe:	_____	E-Mail:	_____
Institut:	_____	Telefonnummer	_____
Abteilung:	_____	Transpondernummer:	_____
Beschäftigungsart:	_____	<i>falls vorhanden</i>	
<i>Prof/ WiMi/ HiWi/ PhD/ Student</i>		Vertragsdauer:	_____
		<i>Laufzeit des Arbeitsvertrags,</i>	
		<i>Praktikums, Doktorarbeit</i>	

Folgende Schließgruppen (und/oder Einzelräume) werden benötigt:

\_\_\_\_\_

Arbeit außerhalb Schließzeiten (AG Leitung):  nein  ja, Gefährdungsbeurteilung von AG Leitung vorhanden

Wir haben zur Kenntnis genommen, dass für die Nutzung der SupraFAB-Infrastruktur Kosten entstehen können und akzeptieren die SupraFAB-Nutzerregeln und Hausordnung (siehe SupraFAB-Wiki: <https://wikis.fu-berlin.de/x/O4I2T>)

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitsgruppenleitung

-----

von SupraFAB Bereichsleitungen auszufüllen

### Bestätigung der Zugangsberechtigungen durch Bereichsleitung

<b>Chemiebereich Pagel</b> (214-215)	_____	(M. Götze/ K. Pagel)
<b>Chemiebereich Eigler</b> (216)	_____	(C. Halbig/ S. Eigler)
<b>Chemiebereich Multiuser</b> (217-222)	_____	(K. Goltsche/ P. Nickel)
<b>Messraum Multiuser</b> (220, 136/236)	_____	(K. Goltsche/ P. Nickel/ M. Götze/ C. Halbig)
<b>Physikbereich</b> (116-118)	_____	(B. Höfer/P. Kusch)
<b>Nano-FTIR</b> (024)	_____	(B. Höfer/P. Kusch)
<b>Reinraum</b> (017-022) inkl. Einweisung	_____	(B. Höfer)
<b>Cryo-TEM</b> (023)	_____	(T. Hilal/ K. Ludwig)
<b>AFM</b> (025)	_____	(C. Lotze)
<b>Festkörper NMR</b> (028)	_____	(A. Schäfer)
<b>XPS/TOF-Sims</b> (029)	_____	(K. Goltsche/ P. Nickel)
<b>S2 Optische Mikroskopie*</b> (026/027)	_____	(K. Achazi/ M. Maglione)
<b>S2 Biologiebereich*</b> (114/115)	_____	(K. Achazi/ S. Wedepohl/ Biolab TAs)

**\*Zugang zum S2 Biologie & Optische Mikroskopiebereich nur mit**

- **S2 Biosicherheitsunterweisung:** Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (K. Achazi/ S. Wedepohl/ Biolab TAs)
- **Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge** (siehe Fragebogen Seite 3):  Angebotsvorsorge  Pflichtvorsorge
- bei Pflichtvorsorge **Bescheinigung vom betriebsärztlichen Dienst** (Pflichtvorsorge gültig bis: \_\_\_\_\_)
- **Lasersicherheitsunterweisung** bei Benutzung von Lasern: Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (B. Höfer)

Anträge für Schließberechtigungen sowie Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Bescheinigung vom betriebsärztlichen Dienst müssen bei Frau Katharina Tebel (Büro 103/ Postraum 135) abgegeben werden.

## 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 humanpathogenen Erregern oder humanen Proben?**

*Handling of human pathogens or human samples?* **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

Humane Blutproben *Human blood*

Humane Mukusproben *Human mucus*

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):*

**2. 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 *Wearing gloves* >2h >4h tägl. *daily*

Sonstige Gefährdungen: *Other hazards:*

**Datum** *Date*

**Unterschrift Forschungsgruppenleitung** *Signature group head*

Angebotsvorsorge  
*Optional check-up*

Pflichtvorsorge (AMZ besuch notwendig)  
*Obligatory check-up*

Nicht eindeutig (AMZ besuch notwendig)  
*Cannot be decided, visit AMZ*

**Datum** *Date*

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