

## 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:	_____
		<i>falls vorhanden</i>	
Beschäftigungsart:	_____	Vertragsdauer:	_____
<i>Prof/ WiMi/ HiWi/ PhD/ Student</i>		<i>Laufzeit des Arbeitsvertrags, 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

**Brandschutz/Hausregeln** (SupraFAB) \_\_\_\_\_ (A. Wiedekind)

**Chemiebereich Eigler/Pagel** (214-216) \_\_\_\_\_ (M. Götze/ K. Pagel, C. Halbig/ S. Eigler)

**Chemiebereich** Multiuser (217-222) \_\_\_\_\_ (C. Halbig/ M. Götze/ P. Nickel/ Lab responsible)

**Messraum** Multiuser (220, 136/236) \_\_\_\_\_ (P. Nickel/ M. Götze/ C. Halbig)

**Physikbereich** (116-118) \_\_\_\_\_ (B. Höfer/P. Kusch)

**Nano-FTIR** (024) \_\_\_\_\_ (B. Höfer/P. Kusch)

**Reinraum** (017-022) inkl. Einweisung \_\_\_\_\_ (B. Höfer/C. Halbig)

**Cryo-TEM** (023) \_\_\_\_\_ (T. Hilal/ K. Ludwig)

**AFM** (025) \_\_\_\_\_ (C. Lotze)

**Festkörper NMR** (028) \_\_\_\_\_ (M. Schubert)

**XPS/TOF-Sims** (029) \_\_\_\_\_ (P. Nickel)

**S2 Optische Mikroskopie\*** (026/027) \_\_\_\_\_ (K. Achazi/ M. Maglione/ S. Wedepohl)

**S2 Biologiebereich\*** (114/115) \_\_\_\_\_ (K. Achazi/ S. Wedepohl/ PLs)

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

- **S2 Biosicherheitsunterweisung:** Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (K. Achazi/ S. Wedepohl/ PLs)
- **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 der Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie die Vorsorgebescheinigung vom AMZ (betriebsärztlicher Dienst der Charité) müssen bei Frau Katharina Tebel (Büro 103/ Postraum 135) abgegeben werden.

**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 >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 at AMZ*

Nicht eindeutig *Not clear*  
AMZ-Besuch notwendig  
*Obligatory check-up at AMZ*

**Datum** *Date*

**Unterschrift RG2/S2 Bereichsleitung** *Signature RG2/S2 responsible person*  
K. Achazi/ S. Wedepohl/ D. Lauster

## Transponderquittung *Transponder receipt*

Name

*name*

Arbeitsgruppe

*research group*

Ich habe den nachfolgend bezeichneten Transponder erhalten für das Universitätsgebäude  
*I have received the following transponder for the*

# Altensteinstraße 23a

Freien Universität Berlin.

Transpondernummer

*Transponder number*

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 schuldhafte 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 (Arbeitsgruppenleiter) beantragt werden.** Die Geltungsdauer der Schließberechtigung kann zeitlich begrenzt sein. Daher sollte der Transponder in regelmäßigen Abständen an einem Kartenlesegerät aktualisiert werden.

*I hereby confirm that*

*to use the transponder for official purposes and not to allow unauthorized persons to use it, and to store the transponder carefully.*

*to lock the building/room properly when leaving,*

*to return the transponder immediately upon leaving the university or upon request of the responsible university institution.*

*I have been informed that I am liable for any damage caused by the loss of a transponder issued to me.*

**A transponder does not entitle you to grant access to other persons or to pass it on to third parties!** Receipt of the transponder does not affect the service agreement on flexible working hours or compliance with the applicable regulations on overtime in collective agreements. Locking authorization is granted by the responsible university institution. **Requests for changes can be submitted by the cost center manager (research group head).** The period of validity of the locking authorization may be limited in time. The transponder should therefore be updated at regular intervals using a card reader.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift – Mitarbeiter\*in