

## 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):  ja, Gefährdungsbeurteilung der AG Leitung vorhanden  
Wir haben zur Kenntnis genommen, dass für die Nutzung der SupraFAB-Infrastruktur Kosten entstehen können (für Kosten-Details siehe Nutzerordnung).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitsgruppenleitung\*

-----  
von SupraFAB Bereichsleitungen auszufüllen

Anmeldung/Unterweisung für beantragte Schließgruppen/Räume/Gebäudezugang ist erfolgt:

- Gebäude/Büros (A. Wiedekind/ K. Tebel)  ja, Zugang ab: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Chemie-/Physiklabore (alle Labore & Messräume)\*\*  ja, Erstunterweisung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- \*Für Laborunterweisungen sind die jeweiligen Labor/Bereichsleitung (s.u.) + Arbeitsgruppenleitung zuständig.*
- Reinraum  ja, Erstunterweisung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Laser (Physik/OM/Bio)  ja, Erstunterweisung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- S2 Biosicherheit (Bio/OM)  ja, Erstunterweisung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Arbeitsmedizinische Vorsorge (Bio/OM)\*\*  Angebot  Pflicht, gültig bis: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

*\*\*Für Bio/OM (S2) Bereich, Seite 3 ausfüllen + bei Pflichtvorsorge, Bescheinigung vom betriebsärztlichen Dienst vorlegen.*

Bestätigung durch Bereichsleitung

Reinraum 017-022 (B. Höfer):

Cryo-TEM 023 (T. Hilal/ K. Ludwig):

AFM 025 (C. Lotze):

Optische Mikroskopie S2 026/027+012 (K. Achazi/ M. Maglione):

Festkörper NMR 028 (A. Schäfer):

XPS/TOF-Sims 029 (P. Nickl)

Biologiebereich S2 114/115 + 220 (K. Achazi/ S. Wedepohl/ Biolab TAs):

Physikbereich 116-118 + Nano-FTIR 024 (P. Kusch/B. Höfer):

Chemiebereich 214-222 inkl. Messraum 220 (K. Goltsche):

Anträge für Schließberechtigungen für den Forschungsbau SupraFAB müssen bei Frau Katharina Tebel (Büro 103) oder bei Herrn Achim Wiedekind (Büro 102) 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](mailto: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)