6. Haut und Anhangsgebilde, sichtbare Schleimhäute:

Atrophie: Hyperkeratosen:
Teleangiektasien: Pigmentanomalien:
Nägel: Behaarung:

7. Kopf:

Mundhöhle: Tonsillen:
Gebiß: Nase:

8 Augen:

Brillenträger: ja — nein farbentüchtig? ja — nein
Sehvermögen, re..... li .....

9. Ohren:

Hörvermögen: re .,.. m li .....m

10. Hals:

Umfang: ..... cm Schilddrüse:

11. Brustkorb:

Form:
Lungen:
Herz:
RR: Puls/min:

12. Leib:

Leber: Milz:
Nierenlager: äußere Genitale:
Haemorrhoiden: Bruchpforten:
Drudeschmerz: Resistenzen:

13. Wirbelsäule und Gliedmaßen:

Beweglichkeit:
Druck-, Klopf- und Stauchungsschmerz:
Deformierung:
Krampfadern: Ulcus cruris:

14. Nervensystem

Psychische Verhaltensweise:
Vegetative Zeichen:
Motilitätsstörungen:
Sensibililäts-störungen :
Pupillenreflexe:
BDR: PSR:
ASR: Lasegue:
Babinski: Romberg:

15. Sonstige Befunde:

16. Laboratoriumsbefunde (s. Gesundheitskarte C)

17. Beurteilung: geeignet — bedingt geeignet - nicht geeignet

Forderungen bei bedingter Eignung:

....
Oil. Datum Unterschrift des Arztes

* Zutreffendes unterstreichen

Gesundheitskarte (C)
für beruflich strahlenexponierte Personen

Laboratoriumsbefunde:

.....
Name Geburtsname

.....
Vorname Geburtsdatum

Datum

1. Personendosimeterwerte
2. Hämoglobin
3. Erythrozyten
4. Färbeindex (oder Hbr;)
5. Relikulozyten
6. Thrombozyten (Fonio)
7. Leukozyten
8. Differentialblutbild, %
   Basophile
   Eosinophile
   Myelozyten ___
   Jugendliche
   Stabkernige
   Segmentkernige
   Lymphozyten
   Monozyten
9. Morphologische Besonderheiten
10. Blutsenkung
11. Urinuntersuchung
    Eiweiß
    Zucker
    Urobilinogen
    Urobilin
    Bilirubin
    Sediment ■
12. Sonstige Untersuchungen
13. Beurteilung und Unterschrift des Arztes

Anlage 3

zu vorstehender Anordnung

Mitteilung des verantwortlichen Arztes an den Betriebsleiter über die Eignung für die berufliche Strahlenexposition

Auf Grund der Einstellungs-, Wiederholungs-, zusätzlichen Untersuchung* vom ..... ist Herr, Frau* ..... geb. am geeignet, bedingt geeignet, nicht geeignet für die berufliche Strahlenexposition.*

Nachuntersuchung ist nach ..... Monaten erforderlich.

Forderungen bei bedingter Eignung:

....
Ort Datum Unterschrift des Arztes

* Zutreffendes unterstreichen