

KKL Bestell-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Auftragnehmer / Contractor

Angaben zum Mitarbeiter / Information about employee:

Name Surname _____	Vorname Given name _____
Geburtsdatum Date of birth _____ <small>(Format: d.m.y)</small>	Sozialversicherungs Nr. Social Security Number _____
Beruf Profession _____	Geschlecht Gender <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M Nationalität Nationality _____
Strasse / Nr. Street / number _____	PLZ / Ort zip / city _____

Angaben zum Arbeitgeber / about the employer:

Firmenname Name of employer _____	Kontaktperson Person to contact _____
Strasse / Nr. Street / number _____	Telefon Telephone _____
PLZ / Ort zip / city _____	Email Email _____
Land Country _____	

**Wenn Zutritt in die kontrollierte Zone erforderlich ist, die Erläuterungen auf Seite 2 beachten
If access is required to the controlled zone, consider the explanation on page 2**

KKL Fachabteilung / Beschaffung

Kontaktperson: _____ Stelle: _____ Tel. intern: _____

Personenkategorie: schwarz blau gelb (Revision) rot (Behörde) _____

Einführungstag am: _____ Visum AMB: _____

Zutrittserlaubnis von: _____ bis: _____ (max. 12 Monate Gültigkeit)

Zutrittsfreigabe beantragt von: _____ <input type="checkbox"/> ZY2 Hauptzugang <input type="checkbox"/> Areal / ZZ4 <input type="checkbox"/> ZY2 / ZY1 Büro <input type="checkbox"/> ZE <input type="checkbox"/> Areal West / ZM2 Anzahl Bereiche: <input type="radio"/> Genehmigt durch: KKL-Mitarbeitender	<input type="checkbox"/> ZB1 / ZB2 / Loge <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> ZC1 / ZD2 / ZD3 <input type="checkbox"/> ZL6 <input type="checkbox"/> ZF / ZD3 <input type="checkbox"/> HAZ/Wache <input type="checkbox"/> Simulator Anzahl Bereiche: <input type="radio"/> Genehmigt durch: Ressortleiter, amtierender Pickettingenieur (PI)	Ausweis-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> ZC2 <input type="checkbox"/> ZD1 <input type="checkbox"/> SIZ <input type="checkbox"/> NSS / RSD <input type="checkbox"/> ZA <input type="checkbox"/> ZK 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Drywell JHR <input type="checkbox"/> ZA + 28m JHR für Externe Mitarbeitende Anzahl Bereiche: <input type="radio"/> Genehmigt durch: Kraftwerksleitung, amtierender Pickettingenieur (PI)
Ausweis-Nr.: _____	Ausweis-Nr.: _____	Ausweis-Nr.: _____
Datum/Unterschrift: _____ <small>handschriftlich</small>	Datum/Unterschrift: _____ <small>handschriftlich</small>	Datum/Unterschrift: _____ <small>handschriftlich</small>

KKL Betriebswache

Ausweis-Nr.: _____ ZK-Nr.: _____

Validiert von: ZK _____

Reisepass ID Karte/Personalausweis Führerausweis Ausländerausweis L B C G

Personalien aufgrund des vorgezeigten Ausweispapiers überprüft von: _____

Arbeitnehmer **beim Eintritt:** _____ Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Datum: _____ handschriftlich Unterschrift: _____ handschriftlich

Wichtige Erläuterungen für das Ausfüllen des Zutrittantrages und für den Zutritt am ersten Arbeitstag

Schweizer Firmen

Für Schweizer Firmen erübrigt sich das Ausfüllen von Seite 3. Für Person die Zutritt in die kontrollierte Zone benötigen, genügt das von einem Sachverständigen korrekt ausgefüllte „Temporäres schweizerisches persönliches Dosisdokument“ (herunterladen unter <https://www.bag.admin.ch>). Das Dokument muss vom Mitarbeiter spätestens bei Arbeitsantritt dem Strahlenschutz vorgewiesen werden. Sie können es auch vorgängig per Post oder E-Mail an unten aufgeführte Zustelladresse senden.

Ausländische Firmen

Für Person, welche Zutritt in die kontrollierte Zone benötigen, müssen die Strahlenschutzangaben zwingend von einem Sachverständigen ausgefüllt werden. Das KKL braucht dafür eine rechtsgültige Unterschrift. Drucken Sie das vollständig ausgefüllte Formular (Seite 3 dieses Dokumentes) aus und unterzeichnen Sie es. Das Formular muss vom Mitarbeiter spätestens bei Arbeitsantritt dem Strahlenschutz vorgewiesen werden, Sie können es auch vorgängig per Post oder E-Mail an unten aufgeführte Zustelladresse senden.

Zusätzlich muss bei Arbeitsantritt der gültige amtliche Strahlenpass oder ein gleichwertiges Strahlendokument mitgebracht werden. Darauf muss zwingend auch die Gültigkeit der medizinischen Eignungsuntersuchung für ionisierende Strahlung ersichtlich sein.

Zustelladresse

Kernkraftwerk Leibstadt
Gruppe USM (Dosimetrie)
5325 Leibstadt

E-Mail
dosimetrie@kkl.ch

Hinweis

1. Liegen die geforderten Dokumente am ersten Arbeitstag nicht vor, kann der Zutritt in die kontrollierte Zone nicht gewährt werden.
2. Am ersten Arbeitstag ist zusätzlich ein amtlicher Ausweis mit Foto (Pass, Identitätskarte, Führerausweis, Personalausweis, Ausländerausweis) der Betriebswache vorzuweisen.
3. Ausländische Arbeitnehmende müssen am ersten Arbeitstag zwingend eine gültige Arbeitsbewilligung mitführen. Diese ist auf Verlangen der Betriebswache vorzuweisen.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

Important clarifications to fill out the application for admission and for site access on the first day of work

Swiss companies

Swiss companies do not have to complete page 3. For people needing access to the radiation controlled area, the form "Temporäres schweizerisches persönliches Dosisdokument" (download from <https://www.bag.admin.ch>) needs to be filled out completely and correctly. The completed document needs to be presented to radiation protection no later than the time of commencement of work. You may also send it by mail or E-Mail to the address given below.

Foreign companies

For personnel requiring access to the radiation controlled area, the radiation protection data must be completed by a radiation protection professional. KKL needs a legally valid signature on this form. Please print the fully completed form (page 3 of this document) and sign it. The completed document needs to be presented to radiation protection no later than the time of commencement of work. You may also send it by mail or E-Mail to the address given below.

Additionally, at the time of commencement of work, a valid official dose document or equivalent needs to be supplied. On this document the validity of the medical examination for suitability for ionizing radiation ("Rad Worker Permit") has to be clearly identified.

Adress

Kernkraftwerk Leibstadt
Gruppe USM (Dosimetrie)
5325 Leibstadt

E-Mail
dosimetrie@kkl.ch

Note

1. If the required documents are not available on the first day of work no access to the radiation controlled area will be possible.
2. On the first day of work an official form of identification (passport, ID, driver license) needs to be presented to site security.
3. Foreign employees must carry a valid work permit on the first day of work. This it to presented at the request of the site security.

Thank you for your assistance.

Auftragnehmer / Contractor

Angaben zum Mitarbeiter / Information about employee:

Name Surname _____	Vorname Given name _____
Geburtsdatum Date of birth <small>(Format: d.m.y)</small> _____	Sozialversicherungs Nr. Social Security Number _____
Beruf Profession _____	Geschlecht <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M Nationalität Gender Nationality _____
Strasse Street _____	PLZ / Ort zip / city _____

Angaben zum Arbeitgeber / about the employer:

Firmenname Name of employer _____	Kontaktperson Person to contact _____
Strasse / Nr. Street / number _____	Telefon Telephone _____
PLZ / Ort zip / city _____	Email Email _____
Land Country _____	

Empfänger der amtlichen Dosismeldung, wenn abweichend vom Arbeitgeber (oben):
Recipients of official dose record, if different from employer (above):

Firmenname Name of employer _____	Kontaktperson Person to contact _____
Strasse Street _____	Telefon Telephone _____
PLZ / Ort zip / city _____	Email Email _____
Land Country _____	

Strahlenschutzangaben / radiation protection information

Beruflich strahlenexponierte Person ja / yes nein / no (Keine weiteren Angaben nötig)
(no further details required)

Person occupationally exposed to radiation

Für Schutzmaske und Schutzanzug zugelassen bis _____ Monat / month Jahr / year
Clearance for respiratory equipment valid up to

Vom Arbeitgeber zugelassenes Dosiskontingent für den Einsatz im Kernkraftwerk Leibstadt
Dose limit for your stay at the nuclear power plant Leibstadt

_____ mSv 1mSv 5 mSv 10 mSv 15 mSv 20 mSv

Angaben gültig für die Zeit von bis / to
Data valid from

Bemerkungen
Comments

Strahlenschutzsachverständiger
Physician / PLHCP

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____



handschriftlich