

# ● Anmeldeformular Besucher

Bruker BioSpin Group



## Sicherheit in Bezug auf elektromagnetische Felder



**Nein**  **Ja**, ich gehöre zu einer besonders gefährdeten Personengruppe:

- a) ...mit aktiven medizinischen Implantaten, insbesondere Herzschrittmachern,
- b) ...mit passiven medizinischen Implantaten, wie Endoprothesen, Stents u.ä.
- c) ...mit medizinischen Geräten, die am Körper getragen werden, insbesondere Insulinpumpen,
- d) ...mit sonstigen durch elektromagnetische Felder beeinflussbaren Fremdkörpern im/am Körper, z.B. Piercings, eingelagerte Metallsplitter, entfernbarer Zahnersatz, Kriegs-/ Schussverletzungen u.ä.
- e) ...mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit,
- f) ...Schwangere

<b>Elektrische Arbeiten? *</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja → Meldung an Anlagebetreiber erfolgt?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>		Nein	<input type="checkbox"/>
<b>Name, Vorname *</b>					
<b>Firma *</b>					
<i>Raum</i>				<i>Nr.</i>	
<i>Tätigkeit</i>					
<i>Dauer der Tätigkeit</i>					
<b>Mobile / Telefonnummer **</b>					
<i>Mail</i>					

\* = Mussfelder für sämtliche Personen | \*\* = Mussfelder für elektrische Arbeiten

**Hiermit bestätige ich, dass ich die Sicherheits- und Verhaltensregeln erhalten, durchgelesen und verstanden habe und diese umsetzen werde.**

**Datum:**

**Unterschrift:**

*Dieses Dokument ist für sechs Monate gültig und wird maximal zwei Jahre archiviert.*

# ● Visitor registration form

Bruker BioSpin Group



## Safety with regard to electromagnetic fields



No  **Yes, I belong to a particularly endangered group:**

- a) ... with active medical implants, especially cardiac pacemakers,
- b) ... with passive medical (metallic) implants, like endoprosthesis, stents or similar devices,
- c) ... with medical devices, that are worn on the body, especially insulin pumps,
- d) ...with other (metallic) objects in or on their body that might be influenced by EMF, such as piercings, embedded metal splinters, removable dentures, war and/or shot injuries, etc.,
- e) ...with limited physical resilience,
- f) ...if you are pregnant.

Electrical work? *	Yes	<input type="checkbox"/>	If yes → Notification to plant operators effected?	Yes	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>		No	<input type="checkbox"/>
Surname, first name*					
Company *					
Room				Nr.	
Activity, Work					
Duration of activity					
Mobile / Phone number **					
Mail					

\* = mandatory fields for all persons | \*\* = mandatory fields for electrical work

**I hereby confirm that I have received, read, and understood the safety and behavior rules and that I will follow the instructions.**

**Date:**

**Signature:**

*This document is valid for six months and is archived for a maximum of two years.*