

Absender: [Bitte deutlich schreiben]

Ärztekammer Nordrhein
Ärztliche Stelle nach StrlSchV
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

per Fax: 0211/4302-5292

Anmeldung für genehmigungsbedürftige Tätigkeiten nach § 129 Strahlenschutzverordnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den Betrieb folgender Geräte bzw. Therapieverfahren bei der Ärztlichen Stelle an:

Linearbeschl. () Elektronen - MeV Photonen / MV
Installationsjahr

Bezeichnung:

Linearbeschl. () Elektronen - MeV Photonen / MV
Installationsjahr

Bezeichnung:

IORT () Elektronen - MeV Photonen / MV
Installationsjahr

Bezeichnung:

Sonstige () Elektronen - MeV Photonen / MV
Installationsjahr

Bezeichnung:

Remote Afterloading Typ: Installationsjahr

Bezeichnung:

Orthovolt-G. () kV. Bereich - kV Installationsjahr

Bezeichnung:

Intrabeam () Typ:Installationsjahr

Bezeichnung:

Simulator(en) () Typ:Installationsjahr

Bezeichnung:

Seeds Nein / Ja , welche Organ:

Bezeichnung:

Weitere Brachytherapie: Nein / Ja , welche :

Bezeichnung:

Eine Kopie der Umgangsgenehmigung wird beigelegt.

Eine Kopie des Sachverständigenprüfberichtes wird beigelegt.

Datum: _____ Unterschrift des Betreibers: _____

Dieser Bereich ist nur von der Ärztlichen Stelle auszufüllen.

Die Anmeldung bei der Ärztlichen Stelle erfolgte am: _____

Unterschrift/Stempel