

Ärztekammer Nordrhein
Ärztliche Stelle nach Strahlenschutzverordnung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

per Fax: 0211/4302-2299

Ärztekammer Nordrhein - Ärztliche Stelle Nuklearmedizin

Anmeldung einer Institution nach § 83 Abs. 4 Strahlenschutzverordnung

Anmeldung genehmigungsbedürftiger Tätigkeiten nach § 83 Abs. 4 Strahlenschutzverordnung

Struktur der Praxis / Klinik für Nuklearmedizin

1. ART DER INSTITUTION

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Öffentlicher Krankenhausträger | <input type="checkbox"/> | Private Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Akademisches Lehrkrankenhaus | <input type="checkbox"/> | Privater Krankenhausträger | <input type="checkbox"/> |
| | | Universitätskrankenhaus | <input type="checkbox"/> |

2. STRUKTUR DER INSTITUTION

Die Nuklearmedizin ist:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> |
| Praxisgemeinschaft | <input type="checkbox"/> |
| Eigenständige Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Teilbereich der Radiologie | <input type="checkbox"/> |
| Teilbereich eines MVZ | <input type="checkbox"/> |
| Selbständige Klinikabteilung | <input type="checkbox"/> |

Name

.....
.....

Adresse

.....
.....

Telefon / Fax

E-Mail:

Strahlenschutzverantwortlicher:

.....

Strahlenschutzbeauftragter:

.....

Strahlenschutzbeauftragter:

.....

Anzuschreibende Kontaktpersonen in der Abteilung

Name

.....

Anzuschreibende Kontaktpersonen in der Verwaltung

Verwaltung

.....

Rechnungsadresse

.....

Zusätzliche Betreiber oder Kooperationen

Name

.....

Adresse

.....

Strahlenschutzbeauftragter:

.....

Telefon / Fax

E-Mail:

.....

Medizinphysik-Experte

Name

.....

Adresse

.....

GERÄTE (falls möglich mit Angabe von Name, Typ, Spezifikation und Alter)

Gammakamera

Bezeichnung:

Gammakamera

Bezeichnung:

Gammakamera

Bezeichnung:

Aktivimeter

Bezeichnung:

Aktivimeter

Bezeichnung:

Aktivimeter

Bezeichnung:

Bohrloch

Bezeichnung:

Bohrloch

Bezeichnung:

PET

Bezeichnung:

Gammasonde

Bezeichnung:

Sonstige Merkmale / Zusammenfassung der eigenen Konzeption (ggfs. Anlagen / Freitext):

.....
.....
.....

Ort, Datum / Stempel, Unterschrift (Ltd. Arzt / Stellvertreter)

Dieser Bereich ist nur von der Ärztlichen Stelle auszufüllen.

Die Anmeldung bei der Ärztlichen Stelle erfolgte am: _____
