ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztliche Stelle Niedersachsen/ Bremen

ÄKN • Ärztliche Stelle • Berliner Allee 20 • 30175 Hannover • Tel.: (0511) 3802-9202 • Fax: (0511) 3802-9299 • E-Mail: aest@aekn.de

Anlage 1 / Anmeldung Nuklearmedizin

Name der Institution:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Name der Abteilung oder Klinik bzw. des nuklearmedizinische Anwendungen durchführenden Bereiches:

Leiter der Abteilung (fachkundiger Arzt Nuklearmedizin): **Name/ Vorname/ Titel:**		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Strahlenschutzverantwortliche(r) nach § 69 StrlSchG (SSV) und offizieller Ansprechpartner für die Ärztliche Stelle Niedersachsen/ Bremen) ist: **Name/ Vorname/ Titel:**		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Weitere für nuklearmedizinische Anwendungen nach § 44 StrlSchV verantwortliche Personen und Institutionen/ Mitnutzer:
Gibt es an Ihrer Institution andere Personen oder Institutionen die Ihre Geräte eigenverantwortlich zu nuklearmedizinischen Anwendungen nutzen?

Medizinphysik-Experte: **Name/ Vorname/ Titel:**		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Welche Tätigkeitsbereiche gibt es im Verantwortungsbereich der nuklearmedizinischen Anwendungen?

☐ PET ☐ PET/CT
Wird die CT-Komponente auch für diagnostische CT-Untersuchungen genutzt?
Falls ja: **Von Wem**?

☐ Szintigraphien
- ☐ Herz
- ☐ Knochen
- ☐ Lunge
- ☐ Niere
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Sonstiges: _____

☐ Sonstige Diagnostik: _____

SLN-Szintigraphien? ☐ ja ☐ nein
Falls ja: **Wo** werden LK detektiert bzw. operiert?

Welche Therapien führen Sie in welcher Frequenz pro Jahr durch? Bitte auch die Belegbetten-Anzahl bei Radiojodtherapien angeben.

Welche Nuklide werden für die Diagnostik bzw. Therapie eingesetzt?

☐ Tc-99m	☐ F-18	☐ Co-57	☐ Re-186	☐ Tl-201	☐ Lu-177
☐ I-123	☐ Ga-68	☐ E-169	☐ Ga-67	☐ Y-90	☐ AC-225
☐ I-131	☐ Sm-153	☐ N-13	☐ Sr-89	☐ Ra-223	☐ O-15
☐ In-111	☐ C-11	☐ Rb-82	☐ Fe-59	☐ Cr-51	☐ Sonstige

Welche Geräte werden von Ihnen in der Nuklearmedizinischen Anwendung eingesetzt?
Alle unter meiner Verantwortung in Betrieb befindlichen Kameras und Sonden füge ich mit den entsprechenden Gerätenamen in der Tabelle auf **Anlage 2** bei.

Werden Szintigraphien am Monitor befundet? ☐ ja ☐ nein
Werden Szintigraphien an Papierausdrucken befundet? ☐ ja ☐ nein

Werden Knochendichte-Messungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja: Bitte die Bezeichnung des Gerätes und den Hersteller angeben:

Werden nuklearmedizinische Anwendungen auch im Rahmen von Forschungsvorhaben/ Studien durchgeführt?
Gemeint sind hier insbesondere solche Studien, zu denen ein Genehmigungsbescheid des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) gemäß § 31 StrlSchG [bzw. gemäß § 23 StrlSchV (a.F.)] oder eine Anzeigebestätigung des BfS gemäß § 33 StrlSchG vorliegt.
Es sind dies Forschungsvorhaben, die seit dem 31.12.2018 den Regelungen der §§ 133 – 142 StrlSchV vom 29.11.2018 unterliegen.

☐ Ja, Titel der klinischen Studie(n), Studienleiter (nähere Ang. bitte auf der Rücks. oder in Anlage)
☐ Nein, nicht in den letzten 12 Monaten

Ort, Datum: _____ Unterschrift SSV:_____