ärztekammer niedersachsen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stempel:

Ärztliche Stelle Niedersachsen/Bremen

Berliner Allee 20
30175 Hannover

Tel.: 0511 3802-9204, -9210, -9203
Fax: 0511 3802-9299
E-Mail: aest@aekn.de
Internet: www.aekn.de/aekn/aerztliche-stelle

Abmeldung

Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 129 StrlSchV
Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch ärztliche Stellen nach § 130 StrlSchV

Standort die Abmeldung betreffend: **Name der/des Praxis/MVZ/Institution** aktuelle offizielle Bezeichnung inkl. erstgenannter Ärzte/Ärztinnen + ggf. Stempel oben links		
Straße/Haus-Nr.:		
PLZ/Ort:		
Tel.-Nr.:	Fax:	BSNR:

Bitte ausfüllen, falls bekannt!

Institutions-Nr. (bei Ärztlicher Stelle):	Prüfungs-Nr. (bei Ärztlicher Stelle):

Bitte ausfüllen, falls zutreffend!

Hauptstandort/Trägergesellschaft/etc. des o. g. Standorts: **Name der/des Praxis/MVZ/Institution/Firma**
Straße/Haus-Nr.:
PLZ/Ort:

Ansprechpartner/in für die Abmeldung	
Titel/Vorname/Name:	
Funktion:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Angaben Seite 1-3: Vorgegebenes bzw. Zutreffendes ist bitte vollständig auszufüllen und auf Seite 3 vom Strahlenschutzverantwortlichen bzw. dem/der abmeldenden Arzt/Ärztin/Person zu unterzeichnen. In dieser Abmeldung wird als „Gerät“ jegliches Gerät zur Anwendung von Röntgenstrahlung, ionisierender Strahlung am Menschen bezeichnet. Für Rückfragen steht Ihnen das Team der Ärztlichen Stelle gern zur Verfügung.

Die Datenschutzhinweise der Ärztlichen Stelle Niedersachsen/Bremen
finden Sie online unter www.aekn.de/aekn/aerztliche-stelle/datenschutz

Bitte Zutreffendes Seite 2-3 ankreuzen und vollständig auszufüllen!

☐ Abmeldung von einem/mehreren Gerät/en:

☐ Das Gerät wird nicht ersetzt, es werden aber noch weitere Geräte betrieben oder mitgenutzt

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Außerbetriebnahme	Das Gerät wurde mitgenutzt von (Name, Ort)

☐ Das Gerät ist außer Betrieb und wurde stillgelegt, verbleibt jedoch vorerst in der/dem Praxis/MVZ/Institution

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Außerbetriebnahme	Das Gerät wurde mitgenutzt von (Name, Ort)

Hinweis: Sobald das Gerät entsorgt/verkauft wird/wurde, muss eine erneute Meldung and die Ärztliche Stelle erfolgen.

☐ Das Gerät wird nicht ersetzt, die Tätigkeit in der Strahlenanwendung wird beendet

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Außerbetriebnahme	Das Gerät wurde mitgenutzt von (Name, Ort)

Bitte ankreuzen: ☐ Das Gerät wird/wurde ☐ entsorgt ☐ verkauft

Die Kopie der Abmeldung beim GAA ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Entsorgungsbescheinigung ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ Praxisübergabe

Die Praxis wird/wurde mit Gerät/en übergeben an (Titel/Name):

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Praxisübergabe	Das Gerät wurde mitgenutzt von (Name, Ort)

Hinweis: Bitte weisen Sie Ihre/n Nachfolger/in darauf hin, dass eine Anmeldung bei der Ärztlichen Stelle erfolgen muss!

☐ Abmeldung der Mitnutzung des Gerätes in einer/m anderen/m Praxis/MVZ/Institution

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Beendigung der Mitnutzung

Hauptbetreiber des Gerätes (Name, Adresse):

Abmeldung der Nutzung des Gerätes in einer Apparategemeinschaft

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Beendigung

Die Apparategemeinschaft bestand mit (Praxis/MVZ, Adresse):

Sonstige Mitteilung zur Abmeldung:

☐ **Abmeldung bei der Ärztlichen Stelle gemäß § 129 StrlSchV**

Die Tätigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen wird beendet und auch **nicht privatärztlich** fortgesetzt.

Hinweis:
Bitte beachten Sie, dass eine An-/Abmeldung von Röntgeneinrichtungen oder die Beendigung der Tätigkeit in der Strahlenanwendung ebenso Ihrem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt (GAA) gemeldet werden muss.

Bitte senden Sie die ausgefüllte An-/Abmeldung (bevorzugt per E-Mail) an die Ärztliche Stelle. Sie erhalten dann eine Bestätigung, diese legen Sie bitte als Nachweis dem GAA vor.

Die Angaben auf **Seite 1-3** sind korrekt und vollständig, Änderungen werden der Ärztlichen Stelle zeitnah mitgeteilt.

Datum, Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r (ggf. i. A.)

Hinweis:
Eine Routineprüfung durch die Ärztliche Stelle erfolgt gemäß den Vorgaben des Strahlenschutzrechts alle 1 bis 3 Jahren. Bitte beachten Sie, dass Änderungen der Ärztlichen Stelle schriftlich mitgeteilt werden müssen, um einen aktuellen Datenstand für die nächste Überprüfung zu gewährleisten.
An-/Abmeldungen von Röntgeneinrichtungen sowie sonstige Mitteilungen und Anfragen senden Sie bitte (bevorzugt per E-Mail) unter Angabe der Institutions-Nr., ggf. der aktuellen Prüfungs-Nr. sowie der Gerätedaten an die Ärztliche Stelle. Formulare und allgemeine Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen unter: www.aekn.de/aekn/aerztliche-stelle

ÄKN • Ärztliche Stelle Niedersachsen/Bremen • Berliner Allee 20 • 30175 Hannover • Internet: www.aekn.de/aekn/aerztliche-stelle