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

Anmeldung

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

Standort die Anmeldung 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 Anmeldung	
Titel/Vorname/Name:	
Funktion:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Angaben Seite 1-4: Vorgegebenes bzw. Zutreffendes ist bitte vollständig auszufüllen und auf Seite 4 vom Strahlenschutzverantwortlichen bzw. dem/der anmeldenden Arzt/Ärztin/Person zu unterzeichnen. In dieser Anmeldung 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 2-4 ankreuzen und vollständig auszufüllen!

☐ **Neues Gerät in bestehender/m Praxis/MVZ/Institution**			
Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	**Datum** der Inbetriebnahme	Das Gerät wird mitgenutzt von (Name, Adresse)
Ggf. interne ID:	Ggf. Apparategemeinschaft mit:		
Ggf. Standort des Gerätes (z.B. Klinik/Abteilung im Krankenhaus):			

Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	**Datum** der Inbetriebnahme	Das Gerät wird mitgenutzt von (Name, Adresse)
Ggf. interne ID:	Ggf. Apparategemeinschaft mit:		
Ggf. Standort des Gerätes (z.B. Klinik/Abteilung im Krankenhaus):			

☐ **Neue/s Praxis/MVZ mit neuem/n Gerät/en**			
Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	**Datum** der Inbetriebnahme	Das Gerät wird mitgenutzt von (Name, Adresse)
Ggf. Apparategemeinschaft mit:			
Strahlenschutzverantwortliche/r [SSV] (rechtliche/r Ansprechpartner/in nach StrlSchG)			
Titel/Vorname/Name:			
Tel.-Nr.:		E-Mail:	
Adresse (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):			
Ärztliche/r Leiter/in des MVZ			
Titel/Vorname/Name:			
Tel.-Nr.:		E-Mail:	
Adresse (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):			
Strahlenschutzbeauftragte/r (Arzt/Ärztin mit Röntgentätigkeit in der/dem neuen Praxis/MVZ)			
Titel/Vorname/Name:			

☐ **Praxisübernahme mit Gerät/en**				
Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Datum** der Praxisübernahme	Das Gerät wird mitgenutzt von (Name, Ort)
Vorheriger Name der Praxis (aktueller Name Seite 1!):				

☐ **Einstieg in bestehende/s Praxis/MVZ**	**zum/ab, Datum:**
Titel/Vorname/Name:	
Funktion:	
Als angestellte/r Arzt/Ärztin, ☐ Ja ☐ Nein	
Vorheriger Name der/des Praxis/MVZ (aktueller Name Seite 1!):	

☐ **Anmeldung der Mitnutzung des Gerätes in einer/m anderen Praxis/MVZ/Institution**		
Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Datum Beginn der Mitnutzung
Hauptbetreiber des Gerätes (Name, Adresse):		
Name des Gerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Datum Beginn der Mitnutzung
Hauptbetreiber des Gerätes (Name, Adresse):		

Hinweis zur Anmeldung (sonstige Mitteilung die Anmeldung betreffend)

Hinweis:
Bitte beachten Sie, dass eine An-/Abmeldung von Röntgeneinrichtungen ebenso Ihrem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt (GAA) gemeldet werden muss.

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung (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 1-4** 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