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

Fragebogen Röntgendiagnostik

Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch ärztliche Stellen nach § 130 StrlSchV **(Anlage B)**

Bitte ankreuzen: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ
☐ Radiologische Praxis ☐ Apparategemeinschaft ☐ Sonstige

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 unbedingt die E-Mail-Adresse sowie ggf. die abweichende Adresse für Schriftverkehr mit Ärztlicher Stelle hier angeben!

Strahlenschutzverantwortliche/r [SSV] (rechtliche/r Ansprechpartner/in nach StrlSchG)	
Titel/Vorname/Name:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:
Adresse (falls von o. g. Adresse abweichend, bitte eintragen!):	

Angaben Seite 1-4: Vorgegebenes bzw. Zutreffendes ist bitte vollständig auszufüllen und auf Seite 4 vom Strahlenschutzverantwortlichen zu unterzeichnen. In diesem Fragebogen wird als „Gerät“ jegliches Gerät zur Anwendung von Röntgenstrahlung, ionisierender Strahlung in Diagnostik oder Therapie am Menschen bezeichnet. Für Rückfragen steht Ihnen das Team der Ärztlichen Stelle gern zur Verfügung.

Angaben Seite 5-6: Bitte die Geräteliste auf Seite 5-6 vollständig ausfüllen und ebenfalls unterzeichnen!

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

Vorgegebenes/Zutreffendes bitte auf den folgenden Seiten ausfüllen!

Strahlenschutzbeauftragte/r [SSB], ggf. Strahlenschutzbevollmächtigte/r [SSBV]	☐ SSB	☐ SSBV
Titel/Name:		
Tel.-Nr.:	E-Mail:	
Adresse (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):		

Sonstige/r Ansprechpartner/in intern für Prüfverfahren	
Titel/Name/Funktion:	
Tel.-Nr. (bitte interne Direktdurchwahl angeben, falls vorhanden!):	
E-Mail:	

In der/dem Praxis/MVZ/Institution beschäftigte Ärzte/Ärztinnen mit Röntgentätigkeit			
	Titel/Vorname/Name:	Angest. Arzt/Ärztin	
1		☐ Nein	☐ Ja
2		☐ Nein	☐ Ja
3		☐ Nein	☐ Ja
4		☐ Nein	☐ Ja
5		☐ Nein	☐ Ja
6		☐ Nein	☐ Ja
7		☐ Nein	☐ Ja

Praxis/MVZ/Institution mit mehreren Standorten oder einer Trägergesellschaft
(Ergänzung zu Angaben auf Seite 1)

<u>Hauptstandort/Trägergesellschaft/etc.</u> Name/Adresse der Praxis/Institution, des MVZ:
Straße/Haus-Nr.:
PLZ/Ort:

<u>Weitere Standorte, ggf. Zweigpraxis</u> mit Röntgentätigkeit Name/Adresse der Praxis/Institution, des MVZ:	☐ Nein	☐ Ja
1		
2		
3		

MVZ/Radiologische Praxis/Sonstige Praxis mit Röntgentätigkeit an/in einem Krankenhaus

Befindet sich das MVZ/die Praxis in oder an einem Krankenhaus, ist aber eigenständig (vom Krankenhaus unabhängig)?	☐ Nein	☐ Ja
Ist das MVZ/die Praxis eine Abteilung des Krankenhauses (dem Krankenhaus zugehörend)?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, Name des Krankenhauses:		

Ärztliche/r Leiter/in des MVZ	
Titel/Vorname/Name:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:
Adresse (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):	

Medizinphysik-Experte (MPE) gem. § 131 (StrlSchV)	
Titel/Name:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Teleradiologie

Welche CT-/Röntgengeräte werden gem. § 14 StrlSchG teleradiologisch betrieben?					
	Name des CT-/Röntgengerätes	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	CT	Röntgengerät
1				☐	☐
2				☐	☐

Teleradiologische Befunderhebung durch:		
Name/Adresse der Institution:		
E-Mail:		
Wann und welche Patienten werden teleradiologisch versorgt?	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst	Zusätzliche Versorgung darüber hinaus
stationäre Patienten	☐	☐
ambulante Patienten	☐	☐

Medizinische Forschung

Werden Röntgen- oder CT-Untersuchungen auch im Rahmen von Forschungsvorhaben/Studien durchgeführt?	
Gemeint sind insbesondere solche Studien, zu denen ein Genehmigungsbescheid des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) gemäß § 31 StrlSchG 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 unterliegen.	
☐ **Nein**, nicht in den letzten 12 Monaten	☐ **Ja**

Rücksendeadresse für die Unterlagen nach Abschluss der Prüfung (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):

Weitere Informationen/Mitteilungen/Notizen:

Weitere Informationen/Mitteilungen bitte auf einem separaten Anschreiben!

Die Angaben auf **Seite 1-4** sind korrekt und vollständig, Änderungen werden der Ärztlichen Stelle zeitnah mitgeteilt.

Datum, Unterschrift SSV (ggf. i. A. SSBV)

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

Geräteliste Röntgendiagnostik Teil 1 von 2 (Seite 5 von 6)

Name der Praxis/Institution, des MVZ:

Eigene betriebene Röntgengeräte Bitte ankreuzen, falls zutreffend ☐ CT: ☐ Teleradiologie ☐ Mammografie: ☐ Screening ☐kurativ ☐ DEXA-Gerät

	Name des Gerätes*	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Standort des Gerätes** (Bei mehreren Standorten: Straße und Ort)	**Das Gerät wird mitgenutzt von:** (z.B. von Praxis/MVZ/Krankenhaus/Institution) Bitte Name (Praxis-/MVZ-Name…) und Adresse aller Mitnutzer des Gerätes hier eintragen!	**Apparate-gemeinschaft** *Weitere Angaben bitte unten eintragen!
1						☐
2						☐
3						☐
4						☐
5						☐
6						☐
7						☐
8						☐
9						☐
10						☐

*Bei Mammografiegeräten bitte Vermerk, ob das Gerät kurativ und/oder im Screening eingesetzt wird (unter Angabe der Screening-Einheit)

*Das o. g. Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt. Bitte alle Mitglieder (Praxen/MVZ) der App.-Gem. mit Namen/Adresse hier eintragen	

Mitgenutzte Röntgengeräte eines anderen Hauptbetreibers bitte auf Seite 6 eintragen!

Geräteliste Röntgendiagnostik Teil 2 von 2 (Seite 6 von 6)

Mitgenutzte Röntgengeräte eines anderen Hauptbetreibers

	Name des Gerätes*	**Sachverständigen-Prüfberichts-Nr.**	Falls bekannt: **Geräte-ID** (bei Ärztlicher Stelle)	**Der Hauptbetreiber des Gerätes ist:** (z.B. andere/s Praxis/MVZ/Krankenhaus/Institution) Bitte Name (Praxis-/MVZ-Name…) und Adresse hier eintragen!
1				
2				
3				
4				
5				

*Bei Mammografiegeräten bitte Vermerk, ob das Gerät kurativ und/oder im Screening eingesetzt wird (unter Angabe der Screening-Einheit)

Falls der Platz für die Geräte nicht ausreichend ist, bitte eine zusätzliche Geräteliste in Kopie ausfüllen. Zusätzliche Informationen zu den Geräten auf der Geräteliste bitte auf einem separaten Anschreiben! Für Rückfragen steht Ihnen das Team der Ärztlichen Stelle gern zur Verfügung.

Die Angaben auf der Geräteliste Seite 5-6 sind korrekt und vollständig, Änderungen werden der Ärztlichen Stelle zeitnah mitgeteilt.

Datum, Unterschrift SSV (ggf. i. A. SSBV)

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