ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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 - Krankenhaus

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

Name des Krankenhauses offizielle/vollständige Bezeichnung des Krankenhauses inkl. ggf. Trägergesellschaft/Rechtsform
Straße/Haus-Nr.:
PLZ/Ort:

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] (Geschäftsführer/in des Krankenhauses - 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 bzw. ggf. vom Strahlenschutzbevollmächtigten 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

Zutreffendes bitte auf den folgenden Seiten vollständig ausfüllen!

Strahlenschutzbevollmächtigte/r [SSBV] gem. § 14 VwVfg	
Titel/Vorname/Name:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:
Adresse (falls von Seite 1 abweichend, bitte eintragen!):	

Sonstige/r Ansprechpartner/in intern für o. g. Prüfverfahren	
Titel/Name/Funktion:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Radiologische Abteilung/Klinik des Krankenhauses

Strahlenschutzbeauftragte/r [SSB] bzw. Leitende/r Ärztin/Arzt	
Titel/Vorname/Name SSB:	
Leitende/r MT-R:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Falls außer der Radiologie weitere Abteilungen/Kliniken des Krankenhauses eigenständig Röntgenleistungen erbringen, bitte auf Seite 4 eintragen!

Medizintechnik

Leitung Medizintechnik	
Titel/Name:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

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

MVZ/Radiologische Praxis/Sonstige Praxis mit Röntgentätigkeit am/im Krankenhaus

Externe/s MVZ oder Praxis am/im Krankenhaus (eigenständig/vom Krankenhaus unabhängig)
Name (vollständige Bezeichnung, ggf. inkl. Trägergesellschaft):
Interne/s MVZ oder Praxis am/im Krankenhaus (dem Krankenhaus zugehörend)
Name (vollständige Bezeichnung, ggf. inkl. Trägergesellschaft):

Angabe zur Nutzung der Geräte bitte auf Seite 5-6!

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				☐	☐
3				☐	☐

Teleradiologische Befunderhebung durch:	
Name der Institution:	
Adresse:	
Tel.-Nr.:	Fax:
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**

Abteilung/en oder Klinik/en des Krankenhauses, die eigenständig Röntgenleistungen erbringt/erbringen

1	
2	
3	
4	
5	

Strahlenschutzbeauftragte/r [SSB] in o. g. Abteilung/Klinik		
	Titel/Vorname/Name	Funktion, z.B. Chefarzt/Oberarzt
1		
2		
3		
4		
5		

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

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

Name des Krankenhauses:

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 (z.B. Abteilung/Klinik/MVZ)	**Das Gerät wird mitgenutzt von:** z.B. von externer Praxis oder MVZ (nicht zum Krankenhaus gehörig) Bitte Praxis-/MVZ-Name aller Mitnutzer des Gerätes hier eintragen, ggf. abweichende Adresse!	**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 - Krankenhaus 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. externe Praxis oder MVZ im/am Krankenhaus (nicht zum Krankenhaus gehörig) Bitte Praxis-/MVZ-Name hier eintragen, ggf. abweichende Adresse!
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