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 Teleradiologie

Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch ärztliche Stellen nach § 130 StrlSchV

Bitte ankreuzen: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ ☐ Radiologische Praxis ☐ Apparategemeinschaft ☐ Sonstige
Name der/des Praxis/MVZ/Institution aktuelle offizielle Bezeichnung, ggf. 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):

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 1-2: Vorgegebenes bzw. Zutreffendes ist bitte vollständig auszufüllen und auf Seite 2 vom Strahlenschutzverantwortlichen zu unterzeichnen. 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

MVZ/Radiologische Praxis

Befindet sich das MVZ/die radiologische Praxis in oder an einem Krankenhaus, ist aber eigenständig (vom Krankenhaus unabhängig)?	☐ Nein	☐ Ja
Ist das MVZ/die radiologische 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	☐	☐

Die Angaben auf Seite 1-2 sind vollständig und korrekt. Änderungen werden der Ärztlichen Stelle zeitnah mitgeteilt.

Datum, Unterschrift SSV (ggf. i. A. von bevollmächtigter Person)

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