Ärztliche Stelle Niedersachsen/ Bremen

ÄKN • Ärztliche Stelle • Berliner Allee 20 • 30175 Hannover

- Erhebungsbogen -

Orthovolt – Strahlentherapie
bis 300 kV

Institution/ Klinik/ Praxis: _____

Leitender Arzt/ Ärzte: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Medizinphysikexperte: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Strahlenschutzverantwortlicher: _____

Technische Ausstattung: _____

Geräte: _____
(Baujahr bitte in Klammern)

Strahlenenergien: _____

Medizinische Aspekte: Welche Erkrankungen erhalten eine Orthovolttherapie mit welchem Dosierungskonzept?

Werden auch therapeutische Anwendungen im Rahmen von Forschungsvorhaben/ Studien durchgeführt?

☐ ja, Titel der Studie(n), Studienleiter und nähere Angaben bitte auf der Rückseite
☐ nein, nicht in den letzten 12 Monaten

Gesamtoberflächendosis > 6 Gy:

1. _____
2. _____
3. _____

Gesamtoberflächendosis < 6 Gy:

1. _____
2. _____
3. _____

Wie wird das Therapieergebnis überprüft? _____

Datum Unterschrift Stempel