ÄKN • Ärztliche Stelle • Berliner Allee 20 • 30175 Hannover

ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Fragebogen Radioonkologie/Strahlentherapie

Name der Institution (offizielle Bezeichnung/vollständige Postadresse inkl. erstgenannter Ärzte/Ärztinnen)	
Straße und Haus-Nr.:	
PLZ:	Ort:
Tel.-Nr.:	Fax:
E-Mail:	BSNR:
Name der **Abteilung oder Klinik** bzw. des Strahlentherapie durchführenden Bereiches:	

Leiter der radioonkologischen Institution:	
Titel/Vorname/Name**:**	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Strahlenschutzverantwortliche/r [SSV] nach StrlSchG in der Fassung vom 20.05.2021	
Titel/Vorname/Name**:**	
Tel.-Nr.:	E-Mail:
Adresse (falls von o. g. Postadresse abweichend, bitte eintragen):	

Eventuelle weitere für radioonkologische Anwendungen nach § 44 StrlSchV verantwortliche Personen und Institutionen oder Mitnutzer: Gibt es an Ihrer Institution **<u>andere</u>** Personen oder Institutionen die Ihre Geräte *eigenverantwortlich* zu strahlentherapeutischen Anwendungen nutzen?

Medizinphysikexperte (Ansprechpartner):	
Titel/Vorname/Name**:**	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Welche Tätigkeitsbereiche gibt es im Verantwortungsbereich der Strahlentherapie?

☐ **Photonen- oder Elektronentherapie**
=> davon ungefährer Anteil der Patienten mit **gutartigen** Erkrankungen _____%.
☐ Röntgentherapie (klassische)
☐ **IORT**: Röntgentherapie, Beschleuniger oder Brachytherapie?
☐ Afterloading: welche Regionen? _____
☐ Seeds-Implantationen: welche Organe? _____
☐ Andere Brachytherapie: Welche Art / Organe? _____
☐ Sonstige Therapien: _____
☐ **Planungs-CT-Gerät** (Hersteller, Typ: _____
☐ Zusätzliche **diagnostische** Bildgebung **außerhalb** der Therapie-Planung?
(z. B. auch PET/CT) _____

Welche neueren Verfahren wie IMRT, IGRT, stereotaktische Bestrahlung, Gamma- / Cyberknife einschließlich neuerer Gerätetechniken zur Radiochirurgie etc. werden angewandt?

Gibt es ausgelagerte bzw. externe Standorte unter Ihrer Verantwortung?

Gibt es assoziierte externe Standorte unter *eigener* Verantwortung?

Bitte listen Sie hier die Namen/ Hersteller aller in Betrieb befindlichen Linearbeschleuniger bzw. Teletherapiegeräte auf:

	Name	Hersteller
1		
2		
3		
4		
5		

Name des **Röntgentherapie-Gerätes** und/ oder IORT-Gerätes (falls vorhanden):	
Name	Hersteller
Name der **Afterloading-Einheit** (falls solche vorhanden):	
Name	Hersteller

Werden strahlentherapeutische Verfahren auch im Rahmen von Forschungsvorhaben/ Studien durchgeführt?

Gemeint sind hier solche Studien, zu denen ein Genehmigungsbescheid des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) gemäß **§ 31 StrlSchG** [bzw. bis 2018 gemäß §§ 28 a – g RöV] vorliegt. Es sind dies Forschungsvorhaben, die seit dem 31.12.2018 den Regelungen der §§ 133-142 StrlSchV vom 29.11.2018 unterliegen.

☐ **Nein**, nicht in den letzten 12 Monaten

☐ **Ja**, Titel der Studie(n), Studienleiter und nähere Angaben bitte auf der Rückseite oder in einer beigefügten Anlage dokumentieren, ggf. auch Tabelle.
Hier bitte das **Aktenzeichen des BfS-Genehmigungsbescheides** eintragen: Z5-_____

Die vorgenannten Angaben sind korrekt und vollständig, Änderungen werden der Ärztlichen Stelle zeitnah mitgeteilt.

Datum, Unterschrift SSV (ggf. i. A.) **und Stempel**