

# Ärztliche Stelle Niedersachsen/ Bremen

ÄKN • Ärztliche Stelle • Karl-Wiechert-Allee 18 - 22 • 30625 Hannover • Tel.: (0511) 380-2131 • Fax: (0511) 380-2122 • E-Mail: [aest@aekn.de](mailto:aest@aekn.de)

## Fragebogen für den Strahlenschutzverantwortlichen

- Radioonkologie / Strahlentherapie -

<b>Name der Institution:</b>	
Straße, Nr.:	
PLZ:	Ort:

Name der **Abteilung oder Klinik** bzw. des Strahlentherapie durchführenden Bereiches:

<b>Leiter der radioonkologischen Institution:</b> <b>Name/ Vorname/ Titel:</b>
Tel.-Nr.(für evtl. Rückfragen):
ggf. E-Mail, falls täglich verwendet:

<b>Strahlenschutzverantwortlicher nach Strahlenschutzgesetz in der Fassung vom 20.05.2021 ist:</b> <b>Name/ Vorname/ Titel:</b>		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

### Eventuelle weitere für radioonkologische Anwendungen nach § 44 StrlSchV verantwortliche Personen und Institutionen oder Mitnutzer:

Gibt es an Ihrer Institution **andere** Personen oder Institutionen die Ihre Geräte *eigenverantwortlich* zu strahlentherapeutischen Anwendungen nutzen?

<b>Medizinphysik-Experte (Ansprechpartner):</b> <b>Name/ Vorname/ Titel:</b>
Tel.-Nr.(für evtl. Rückfragen):
ggf. E-Mail, falls täglich verwendet:

### Welche Tätigkeitsbereiche gibt es im Verantwortungsbereich der Strahlentherapie ?

- Photonen- oder Elektronentherapie**  
=> davon ungefährender Anteil der Patienten mit **gutartigen** Erkrankungen \_\_\_\_\_ %.
- Röntgentherapie (klassische)
- IBRT**: 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 des **Röntgentherapie-Gerätes** und/ oder IORT-Gerätes (falls vorhanden):

---

Name der **Afterloading-Einheit** (falls solche vorhanden):

---

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

Gemeint sind hier insbesondere solche Studien, zu denen ein Genehmigungsbescheid des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) gemäß **§ 31 StrlSchG** [bzw. bis 2018 gemäß §§ 28 a – g RöV] 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 vom 29.11.2018 unterliegen

- Ja**, Titel der Studie(n), Studienleiter und nähere Angaben bitte auf der Rückseite oder in einer beigefügten Anlage dokumentieren, ggf. auch Tabelle.
- Nein**, nicht in den letzten 12 Monaten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Strahlenschutzverantwortlicher (SSV)

\_\_\_\_\_  
(Name des SSV)

