

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

Fragebogen für den Strahlenschutzverantwortlichen

- Radioonkologie / Strahlentherapie -

Name der Institution:	
Straße, Nr.:	
PLZ:	Ort:

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

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

Strahlenschutzverantwortlicher nach Strahlenschutzgesetz vom 25.02.2021 ist: Name/ Vorname/ Titel:		
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?

Medizinphysik-Experte (Ansprechpartner): Name/ Vorname/ Titel:
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)

