


Stempel (Anschrift)/ Unterschrift Strahlenschutzverantwortlicher (Strahlenschutzbevollmächtigter bei Krankenhäusern)	 Sächsische Landesärztekammer <small>Körperschaft des öffentlichen Rechts</small> Ärztliche Stelle StrlSchV Fachkommission Nuklearmedizin
---	--

Anforderungsdatum:

\*Verbleib in Ärztlicher Stelle. Bei Bedarf bitte vor Einreichung kopieren. Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen. Bitte für jede Röntgenanlage einen separaten Rückantwortbogen ausfüllen. V1.0: 01/2024

	Angaben zur Röntgenanlage/ <b>einzureichende Unterlagen (1a – 5b):</b>	Felder mit weißem Hintergrund bitte ausfüllen.	Spalte frei lassen Nr. ÄSt.:
	Fabrikationsnummer Röntgenröhre/-strahler: (siehe bei 1a)		
	Strahler Nummer Gehäuse		
	Herstellername Generator/ Generatortyp	/	
	Nutzung DL-Anlage	<input type="checkbox"/> nur nuklearmed. Untersuchungen <input type="checkbox"/> nuk. + sonstige Untersuchungen	
	Anwendungsgeräte	C-Bogen <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> mobil	
	Aufnahmesystem	<input type="checkbox"/> Bildverstärker <input type="checkbox"/> ..... Maßeinheit DFP-Messgerät <input type="checkbox"/> Flachdetektor <input type="checkbox"/> Detektor mobil <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Detektor fest	
	Erstinbetriebnahme der Röntgenanlage	Datum:	
1a	<b>aktueller Sachverständigenbericht</b>	Datum:	
1b	letzte Sachverständigen-Bescheinigung	Datum:	
1c	falls Mängel: Bitte Nachweis der Mängelbehebung	Mängel: <input type="checkbox"/> behoben (mit Nachweis) <input type="checkbox"/> nicht behoben	

2	<b>Erste Abnahmeprüfung (meist Inbetriebnahme)</b> der Röntgenanlage inkl. der Monitore	Datum:	
3	<b>Aktuelle (Teil-)Abnahmeprüfungen</b> Prüfprotokolle aufgrund von Veränderungen, wie z.B. Strahlerwechsel, Softwareumstellungen, Generatöraustausch, Umstellung von analog auf digital, Standortwechsel	Datum: Grund der Teilabnahme:	
4a	<b>Bezugswernermittlung</b> aktuelle Protokolle	Datum:	
4b	Prüfkörperaufnahmen der aktuellen Bezugswernermittlung	<input type="checkbox"/> beigelegt                      Anzahl: .....  Medium: <input type="checkbox"/> Ausdruck <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> nicht auffindbar <input type="checkbox"/> keine Dokumentationsmöglichkeit wie PACS, lokale Archivierung, Papiausdruck vorhanden	
5a	<b>Konstanzprüfung (KP) Durchleuchtung</b> KP-Protokolle u. Prüfkörperaufnahmen der <b>letzten 12 Prüfungen</b> vor dem Anforderungsdatum vorgelegter Zeitraum: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<b>Durchleuchtung:</b> Genutzte Anwendungen: <input type="checkbox"/> Durchleuchtung <input type="checkbox"/> Aufnahmetechnik / CINE <input type="checkbox"/> Digitaler Schuss / Snapshot <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/> 3D-Funktion	
5b	<b>Konstanzprüfung (KP) Monitore</b> KP-Protokolle aus dem o.g. Zeitraum KP Röntgen/ DL → bitte Formular Befundungsmonitore ausfüllen	<b>Monitore:</b> <input type="checkbox"/> arbeitstäglich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich	
6	<b>Angaben zu Untersuchungen/ Untersuchungsmethoden der letzten 12 Monate nur für Durchleuchtung mit radiologischer Anwendung</b>	<b>SV-RL Tab. I.1 Nr. 8 und 10:</b> <input type="checkbox"/> gastrointestinal/ERCP <input type="checkbox"/> urogenital <input type="checkbox"/> kardial <input type="checkbox"/> vaskuläre Intervent. <input type="checkbox"/> Angio/Phlebo Körperst. <input type="checkbox"/> Phlebo Extremitäten <input type="checkbox"/> muskulo-skeletal	<b>SV-RL Tab. I.1 Nr. 13:</b> <input type="checkbox"/> Untersuchung zur Lokalisation am Körperstamm, Extremitäten, Schultern, Hüftgelenke (mob. C-Bogen)