

# Ärztliche Stelle Niedersachsen/Bremen

AKN • Ärztliche Stelle • Karl-Wiechert-Allee 18-22 • 30625 Hannover • Tel.: (0511) 380-2133/-2134/-2512 • E-Mail: [aest@aekn.de](mailto:aest@aekn.de)

## Erhebungsbogen für CT-Geräte

Fax: (0511) 380-2122

Datum/Sachbearbeiterin:

Name des Krankenhauses/Institution/Praxis:

Straße:  
PLZ:                      Ort:

**Typ und Name des Gerätes:** (für weitere Geräte bitte Liste kopieren u. gesondert ausfüllen)

Lfd. Nr.	Bezeichnung CT-Gerätes	Hersteller

**Wer ist Betreiber des CT-Gerätes i.S. des StrlSchG?**

**Wer nutzt das CT-Gerät? Ggf. Mitnutzer (i.S. des § 44 StrlSchV):**

**Wird das CT-Gerät teleradiologisch genutzt?:**

**JA**

**NEIN**

**Falls JA:**

teleradiologische Versorgung stationärer Patienten Montag - Freitag tagsüber	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
teleradiologische Versorgung stationärer Patienten nachts und am Wochenende	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
teleradiologische Versorgung ambulanter Patienten Montag - Freitag tagsüber	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
teleradiologische Versorgung ambulanter Patienten nachts und am Wochenende	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>

**Name und Anschrift des teleradiologischen Befunders bzw. der Institution:**

**Werden Röntgenuntersuchungen 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.

Nein, nicht in den letzten 12 Monaten:       Ja:  Titel der Studie(n), Studienleiter und nähere Angaben bitte auf der Rückseite

Stempel:

Datum, Unterschrift SSV (oder Vertretung i.A.)

