

# 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)

## Anlage 1 / Anmeldung Nuklearmedizin

<b>Name der Institution:</b>		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

### Name der Abteilung oder Klinik bzw. des nuklearmedizinische Anwendungen durchführenden Bereiches:

--

<b>Leiter der Abteilung (fachkundiger Arzt Nuklearmedizin):</b>		
Name/ Vorname/ Titel:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

<b>Strahlenschutzverantwortliche(r) nach § 69 StrlSchG (SSV) und offizieller Ansprechpartner für die Ärztliche Stelle Niedersachsen/ Bremen) ist:</b>		
Name/ Vorname/ Titel:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

### Weitere für nuklearmedizinische Anwendungen nach § 44 StrlSchV verantwortliche Personen und Institutionen/ Mitnutzer:

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

<b>Medizinphysik-Experte:</b>		
Name/ Vorname/ Titel:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:



## Welche Tätigkeitsbereiche gibt es im Verantwortungsbereich der nuklearmedizinischen Anwendungen?

PET  PET/CT

Wird die CT-Komponente auch für diagnostische CT-Untersuchungen genutzt?

Falls ja: **Von Wem?**

---

Szintigraphien

Herz

Knochen

Lunge

Niere

Schilddrüse

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sonstige Diagnostik: \_\_\_\_\_

---

**SLN-Szintigraphien?**

ja

nein

Falls ja: **Wo** werden LK detektiert bzw. operiert?

---

**Welche Therapien führen Sie in welcher Frequenz pro Jahr durch?**

---

**Welche Nuklide werden für die Diagnostik bzw. Therapie eingesetzt?**

C-11

Fe-59

I-131

Re-186

Tl-201

Co-57

Ga-67

In-111

Sm-153

Y-90

Er-169

Ga-68

N-13

Sr-89

Ra-223

F-18

I-123

Rb-82

Tc-99m

Cr-51

**Welche Geräte werden von Ihnen in der Nuklearmedizinischen Anwendung eingesetzt?**

Alle unter meiner Verantwortung in Betrieb befindlichen Kameras und Sonden füge ich mit den entsprechenden Gerätenamen in der Tabelle auf **Anlage 2** bei.

**Werden Szintigraphien am Monitor befundet?**

ja

nein

Werden Szintigraphien an Papiausdrucken befundet?

ja

nein

**Werden Knochendichte-Messungen durchgeführt?**

ja

nein

Falls ja: Bitte die Bezeichnung des Gerätes und den Hersteller angeben:

---

**Werden nuklearmedizinische Anwendungen 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. gemäß § 23 StrlSchV (a.F.)] 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 Anlage

Nein, nicht in den letzten 12 Monaten

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift SSV: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

