

Ärztliche Stelle Niedersachsen/Bremen

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

Fragebogen Praxisübernahme / Einstieg in Praxis (MVZ)

Fax: (0511) 380-2122

Übernahme der Praxis von:

Einstieg in bestehende Praxis (MVZ):

Datum/Sachbearbeiterin:

Name des/der anmeldenden Arztes/Ärztin:		
Name der Praxis die übernommen wird (Bitte alle Arztnamen angeben!):		Grund der Praxisübernahme:
Straße und Haus-Nr.:		Zu wann wurde / wird die Praxis übernommen?
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Vorherige Praxis

Vorher als angestellte/r Arzt/Ärztin tätig im Krankenhaus

Name der Praxis/Krankenhaus:		
Straße und Haus-Nr.:		
PLZ:	Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:

Röntengeräte, die bei Praxisübernahme übernommen werden

Röntengeräte, die bei Einstieg in Praxis (MVZ) mit genutzt werden

Art des Rö.-Gerätes, z.B. DL-Gerät, Buckytisch, Rasterwandgerät (RWG) Knochendichtemessgerät (DEXA-Gerät):	Name/Bezeichnung/Typ und Hersteller des Gerätes	Betreiber i. S. d. StrlSchG ist (Name):

Neuanschaffung eines Röntengerätes / Abmeldung eines Röntengerätes:

Art des Rö.-Gerätes, z.B. DL-Gerät, Buckytisch, Rasterwandgerät (RWG)	Name/Bezeichnung/Typ und Hersteller des Gerätes	Betreiber i. S. d. StrlSchG ist (Name):

Sollen zukünftig Röntgenuntersuchungen auch im Rahmen von Forschungsvorhaben / Studien durchgeführt werden?

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: <input type="checkbox"/>	Ja: <input type="checkbox"/> Titel der Studie(n), Studienleiter und nähere Angaben bitte auf der Rückseite
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum, Unterschrift des/der anmeldenden Arztes/Ärztin

