

Fragebogen für den Strahlenschutzverantwortlichen - Radioonkologie / Strahlentherapie -

Name der Institution:

PLZ:	Ort:
------	------

Strasse + Nr.

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

Strahlenschutzverantwortlicher nach Strahlenschutzgesetz vom 27.06.2017 ist:

Name/Titel: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

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/Titel: _____ Vorname: _____

Telefon (für evtl. Rückfragen): _____

ggf. E-Mail, falls täglich verwendet: _____

Leiter der radioonkologischen Institution:

Name/Titel: _____ Vorname: _____

Telefon (ggf. E-Mail): _____

Welche Tätigkeitsbereiche gibt es im Verantwortungsbereich der Strahlentherapie ?

- Photonen- oder Elektronentherapie**
=> davon ungefährer Anteil der Patienten mit **gutartigen** Erkrankungen _____ %.
 - Röntgentherapie (klassische)
 - IORT**: 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) _____

6) Welche neueren Verfahren wie IMRT, IGRT, stereotaktische Bestrahlung, Gamma- / Cyberknife etc. werden angewandt?

7) a) Gibt es ausgelagerte bzw. externe Standorte unter Ihrer Verantwortung?

b) Gibt es assoziierte externe Standorte unter eigener Verantwortung?

8) Bitte listen Sie hier die Namen / Hersteller aller in Betrieb befindlichen Linearbeschleuniger bzw. Teletherapiegeräte auf:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

9) Name des Röntgentherapie-Gerätes und /oder IORT-Gerätes (falls vorhanden):

10) Name der Afterloading-Einheit (falls solche vorhanden):

11) 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. 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 einer beigefügten Anlage dokumentieren, ggf. auch Tabelle

Nein, nicht in den letzten 12 Monaten

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
Strahlenschutzverantwortlicher (SSV)

(Name des SSV)

