



Betreiber Nr.: \_\_\_\_\_ (Bitte immer angeben)  
 Institution: \_\_\_\_\_  
 Abteilung: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_

**Mitteilung per Email an:**  
[upload-aerztliche-stellen@blaek.de](mailto:upload-aerztliche-stellen@blaek.de)

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Strahlenschutzverantwortlicher (SSV): \_\_\_\_\_  
 Strahlenschutzbevollmächtigter (SSBev): \_\_\_\_\_  
 Strahlenschutzbeauftragter (SSB): \_\_\_\_\_  
 SSB: Email \_\_\_\_\_ / Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie ihre Angaben vollständig aus, um Rückfragen zu vermeiden.**

### An-/ Ab-/ Änderungsmeldung Röntengerät (pro Gerät)

- Anmeldung     Abmeldung     Änderungsmeldung  
 Röntgen     C-Bogen     DL / Aufnahmeeinrichtung (z.B. HKL/Angio/ERCP)  
 Mobil     CT     DVT     Mammographie

#### Angaben zum Gerät:

Hersteller / Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
 Strahler/Strahler Nr.: \_\_\_\_\_  
 betriebsinterne Identifikations-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Generator-Leistung (Kilowatt): \_\_\_\_\_  
 Standort: \_\_\_\_\_  
 Datum der In-/ Außerbetriebnahme: \_\_\_\_\_

- Anwendungsgerät:     Rastertisch     Rasterwand     Sonstige: \_\_\_\_\_  
 Bildempfänger:     Speicherfolie     Detektor (Det.)     mobiler Det.     BV  
 Funktionen:     Aufnahme     Durchleuchtung     Cine-Mode     DSA     3D  
 CT Gerät:     Spiral     Doppel-Strahler     DVT  
 Mammographie:     2D diagnostisch     Tomosynthese     Biopsie

**Änderung der Gerätekonstellation:** \_\_\_\_\_

(z.B. Umzug in eine andere Abteilung)

- Untersuchungsart:**     Stammskelett     Peripheres Skelett     Thorax     Abdomen  
                                   Magen/Darm     Angio/Phlebo/Myelo     ERCP     Harntrakt  
                                   HKL     Interventionen     CT/DVT     Mammo  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_