

**Rücksendung an:**

Ärztliche Stelle nach § 128 der StrlSchV  
Mühlbauerstraße 16  
81677 München  
Fax: 089/4147-740

**Absender: Strahlentherapie**

**Während des Audits zuständiger Ansprechpartner:**

a) Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

b) Medizinphysik-Experte: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Bezeichnung der im Institut genutzten Geräte:**

Beschleuniger ..... \_\_\_\_\_

Tele-Gammaanlagen ..... \_\_\_\_\_

Afterloadinganlagen ..... \_\_\_\_\_

Bestrahlungsplanungssysteme ..... \_\_\_\_\_

Simulatoren..... \_\_\_\_\_

Eigener CT..... \_\_\_\_\_

Mitgenutzter CT \_\_\_\_\_

Eigener MR..... \_\_\_\_\_

Mitgenutzter MR \_\_\_\_\_

Protokollier- und Verifikationssysteme . \_\_\_\_\_

Portal-Imaging-Systeme..... \_\_\_\_\_

Wasserphantome..... \_\_\_\_\_

**Fügen Sie bitte eine Liste der bei Ihnen eingesetzten Spezialtechniken bei.**