



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER
Ärztliche Stelle gem. § 128 StrlSchV
Teleradiologie

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

Mitteilung per E-Mail an:
tele-aest@blaek.de

Ansprechpartner: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Strahlenschutzverantwortlicher (SSV): _____
Strahlenschutzbevollmächtigter (SSBev): _____
Strahlenschutzbeauftragter (SSB): _____
Kontakt SSB, E-Mail: _____ Tel.: _____

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

An-/ Ab-/ Änderungsmeldung Teleradiologie

- ☐ Anmeldung ☐ Abmeldung ☐ Änderungsmeldung
☐ Röntgen ☐ CT

Strecke

von (Sender) _____

nach (Empfänger, Dienstleister) _____

Teleradiologiesystemkomponenten:

Senderbezeichnung: _____
Empfängerbezeichnung: _____
Unmittelbare Telekommunikation (Tel.-Nr.): _____
WAN-Verbindung: _____
Upload: _____
Download: _____
Provider: _____
Kompressionsverfahren: _____
Verschlüsselungsart: _____