



**Inbetriebnahme einer neuen Bestrahlungseinrichtung  
zur Hochvolt- oder Brachytherapie**

**Name:** .....

**LANR:** .....

**BSNR:** .....

**Praxisanschrift**

**Straße:**.....

**PLZ/Ort:**.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

**Folgende Bestrahlungseinrichtung wird in Betrieb genommen:**

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

**Folgende Bestrahlungseinrichtung wird ausgetauscht:**

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

**Vom Antragsteller zu bestätigen**

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:**

- die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, das/die in Betrieb befindliche(n) Gerät(e) daraufhin zu überprüfen, ob es/sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie entspricht/entsprechen (**§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**)

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

.....  
**Ort/Datum**

.....  
**Unterschrift des Antragstellers ggf. des  
anstellenden Arztes/ärztlichen Leiter des MVZ**

.....  
**Vertragsarztstempel**

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und fügen folgende Unterlagen bei**

- Genehmigung der Bezirksregierung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen bzw. Beschleuniger
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV