

**Ärztliche Stelle Röntgendiagnostik/Mammographie
bei der Kassenärztlichen Vereinigung S.-H.
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg**

Mitteilung nach §129 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

Standort der Röntgenapparatur:

Name des Arztes:

Betreiber:

Strahlenschutzverantwortlicher:

Hiermit zeige ich an: Neuinstallation einer Röntgenapparatur
 Änderung einer Röntgenapparatur
 Betreiberwechsel
 Eigenverantwortliche Nutzung einer Röntgenapparatur
 Beendigung der Tätigkeit

Angaben zur Röntgenanlage:

Art der Röntgenapparatur:

Generator:

Röntgenröhre:

Fabriknummer der Röhre:

Anwendungsgeräte:

Die bisher betriebene Röntgenanlage (falls vorhanden): ist stillgelegt
wird weiterbetrieben

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel, Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen:

Wir bestätigen Ihnen die Mitteilung unter folgender Identifikationsnummer: _____

Bad Segeberg, den

i. A.
Kerstin Weber
Geschäftsführung der Ärztlichen Stellen