

Name und Anschrift des Betreibers:

Geräteverzeichnis Strahlentherapie

Nr.	Hersteller	Typbezeichnung	Kopie der Genehmigung beigelegt	Kopie der letzten Sachverständigen- prüfung beigelegt
Teletherapie (Linearbeschleuniger)				
1			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Teletherapie (Telecuriergerät)				
1			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Brachytherapie (Afterloading)				
1			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Brachytherapie (mit umschlossenen radioaktiven Stoffen)				
1			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Röntgenbehandlung				
1			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Planungssysteme (Tele- und Brachytherapie)				
Therapiesimulator	Hersteller	Bezeichnung		
CT zur Bestrahlungsplanung	Hersteller	Bezeichnung		
vorhandene Module	Hersteller	Bezeichnung		