Antrag auf Genehmigung bzw. Anzeige einer Röntgeneinrichtung

# An die Struktur- und Genehmigungsdirektion NordRegionalstelle Gewerbeaufsicht

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Idar-Oberstein | Hauptstraße 238 | 55743 Idar-Oberstein |
|  | Tel. 06781 565-0 | Fax 06781 565-1150 | poststelle22@sgdnord.rlp.de |
|[ ]  Koblenz | Stresemannstraße 3-5  | 56068 Koblenz |
|  | Tel. 0261 120-2192 | Fax 0261 120-2171 | poststelle23@sgdnord.rlp.de |
|[ ]  Trier | Deworastraße 8 | 54290 Trier |
|  | Tel. 0651 4601-5235 | Fax 0651 4601-5200 | poststelle24@sgdnord.rlp.de |

|  |
| --- |
| Genehmigung bzw. Anzeige einer(s) **neuen** Röntgeneinrichtung / Störstrahlers |
| Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG |[ ]
| Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG |[ ]
| zum Betrieb eines Störstrahlers nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 StrlSchG |[ ]

|  |
| --- |
| Genehmigung bzw. Anzeige einer(s) **bestehenden** Röntgeneinrichtung / Störstrahlers |
| Wesentliche Änderung (§ 12 Abs. 2 StrlSchG) |[ ]
| Neuer Betreiber |[ ]
| Zusätzlicher Betreiber |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Antragsteller -Strahlenschutzverantwortliche(r) |
|  | Name, Vorname/ Firmierung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Straße, Hausnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | PLZ, Ort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Ansprechpartner: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Telefon: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | **Bei juristischen Personen Angabe der gesetzlichen Vertretung, bei Personenvereinigungen Vertretungsberechtigte(r)** |
|  | Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Straße, Hausnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | PLZ, Ort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Telefon: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2. | Angaben zum/zur Strahlenschutzbeauftragten |
|  | Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Straße, Hausnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | PLZ, Ort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Telefon: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Innerbetrieblicher Entscheidungsbereich: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 3. | Prüfbericht des/der Sachverständigen |
|  | Prüfbericht-Nr.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Datum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 4. | Außerbetriebnahme |
|  | Diese Röntgeneinrichtung ersetzt die mit der Prüfbericht-Nr.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beizufügende Unterlagen |
|  | Fachkundenachweis | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht  |
|  | Approbationsurkunde  | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht  |
|  | Prüfbericht/Bescheinigung | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht  |
|  | Bauartzulassung mit Stückprüfung | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht  |
|  | Anmeldung bei der Ärztlichen Stelle | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht  |
|  | Polizeiliches Führungszeugnis[[1]](#footnote-1) | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht [ ]  nicht erforderlich  |
|  | Handelsregisterauszug | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht [ ]  nicht erforderlich  |
|  | Unterlagen für die Teleradiologie | *siehe Beiblatt* |
|  | Benennung des Medizinphysik-Experten(in)*Betrieb von Therapiegeräten* | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht [ ]  nicht erforderlich  |
|  | Fachkundenachweis des Medizinphysik-Experten(in)*Betrieb von Therapiegeräten* | [ ]  ist beigefügt  | [ ]  liegt vor  | [ ]  wird nachgereicht [ ]  nicht erforderlich  |

Hier Text eingeben.

Ort, Datum Unterschrift der Strahlenschutzverantwortlichen/ der(s) Vertretungsberechtigte(n)

Hier Text eingeben.

Ort, Datum Unterschrift der(s) Strahlenschutzbeauftragten

1. Für Strahlenschutzverantwortliche/ Strahlenschutzbeauftragte – nicht erforderlich bei Ärzten und Zahnärzten [↑](#footnote-ref-1)