Antrag auf Genehmigung bzw. Anzeige einer Röntgeneinrichtung

# An die Struktur- und Genehmigungsdirektion Nord Regionalstelle 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)