



Bitte senden an:
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Ärztliche Stelle
Gartenstr. 210-214, 48147 Münster

Fon: 0251 – 929 2697
Fax: 0251 – 929 2649
Mail: roentgen@aeckwl.de
strahlenschutz@aeckwl.de
Internet: www.aeckwl.de

Änderungsmeldung nach Strahlenschutzverordnung

Einrichtung / Strahlenschutzverantwortlicher (Betreiber)	
☐ StrlSchV (Röntgendiagnostik)	☐ StrlSchV (Strahlentherapie)
☐ StrlSchV (Nuklearmedizin)	
Name des Strahlenschutzver- antwortlichen:	
Name der Einrichtung (Krankenhaus, Praxis etc.):	
Anschrift der Einrichtung:	

☐ Inbetriebnahme	☐ Außerbetriebnahme	
Datum In-/Außerbetriebnahme:		Geräte-ID (GID):
Gerätebezeichnung:		
Prüfberichts-Nr. der letzten Sach- verständigenprüfung:		
Betriebsgenehmigung?	☐ ja	☐ nein
Umgangsgenehmigung?	☐ ja	☐ nein
Wurde die zuständige Aufsichts- behörde informiert?	☐ ja	☐ nein

☐ Betreiberwechsel	☐ Ortswechsel	
Datum Betreiber-/Ortswechsel:		Geräte-ID (GID):
Name:		
Anschrift:		
Wurde die zuständige Aufsichts- behörde informiert?	☐ ja	☐ nein

☐ Sonstige wesentliche Änderungen	
Datum:	Geräte-ID (GID):
Grund:	