

An die  
 Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-  
 Strahlenschutz Berlin  
 Ärztekammer Berlin  
 Friedrichstraße 16

10969 Berlin

## (Strahlentherapie)

Meldung nach §83(4) StrlSchV

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldung nach §83(4) StrlSchV.

Name des Gerätes Hersteller Baujahr	<b>Geräteklasse</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)
	Teletherapie (Linearbeschleuniger) Teletherapie (Telecuriegerät) Brachytherapie (Afterloading) Brachytherapie (manuell) Röntgenbehandlung Therapiesimulator Bestrahlungsplanungssysteme
	Teletherapie (Linearbeschleuniger) Teletherapie (Telecuriegerät) Brachytherapie (Afterloading) Brachytherapie (manuell) Röntgenbehandlung Therapiesimulator Bestrahlungsplanungssysteme
	Teletherapie (Linearbeschleuniger) Teletherapie (Telecuriegerät) Brachytherapie (Afterloading) Brachytherapie (manuell) Röntgenbehandlung Therapiesimulator Bestrahlungsplanungssysteme
	Teletherapie (Linearbeschleuniger) Teletherapie (Telecuriegerät) Brachytherapie (Afterloading) Brachytherapie (manuell) Röntgenbehandlung Therapiesimulator Bestrahlungsplanungssysteme
	Teletherapie (Linearbeschleuniger) Teletherapie (Telecuriegerät) Brachytherapie (Afterloading) Brachytherapie (manuell) Röntgenbehandlung Therapiesimulator Bestrahlungsplanungssysteme

Bitte pro Gerät ein Feld verwenden und zutreffendes ankreuzen

Mit freundlichem Gruß

.....  
 Name des Strahlenschutzverantwortlichen/  
 - beauftragten

.....  
 e-mail Adresse

.....  
 Datum