

An die
 Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-
 Strahlenschutz Berlin
 Ärztekammer Berlin
 Friedrichstraße 16
 10969 Berlin

Dokumentationsbogen Strahlentherapie

Name des Gerätes Hersteller Baujahr	Geräteklasse (bitte zutreffendes ankreuzen)
	☐ Afterloadinggerät
	☐ Linearbeschleuniger
	☐ Linearbeschleuniger TomoTherapie
	☐ Planungssystem
	☐ Protonentherapie
	☐ Röntgentherapiegerät
	☐ Simulator
	☐ Seeds/Applikatoren
	☐ Afterloadinggerät
	☐ Linearbeschleuniger
	☐ Linearbeschleuniger TomoTherapie
	☐ Planungssystem
	☐ Protonentherapie
	☐ Röntgentherapiegerät
	☐ Simulator
	☐ Seeds/Applikatoren
	☐ Afterloadinggerät
	☐ Linearbeschleuniger
	☐ Linearbeschleuniger TomoTherapie
	☐ Planungssystem
	☐ Protonentherapie
	☐ Röntgentherapiegerät
	☐ Simulator
	☐ Seeds/Applikatoren

Bitte pro Gerät ein Feld verwenden und zutreffendes ankreuzen.

Bitte benennen Sie uns Ihre Ansprechpartner (Ärzte / MPE):

Name	Funktion	Telefonnummer/Fax	E-Mail-Adresse

Bitte zutreffendes ankreuzen:

☐	Hirn-Bestrahlung (stereotaktisch)
☐	Hirn-Bestrahlung (konventionelle Therapie)
☐	HNO-Bestrahlung
☐	Lungen-Bestrahlung
☐	Ösophagus-Bestrahlung
☐	Hodgkin-Bestrahlung
☐	Non-Hodgkin-Bestrahlung
☐	Hoden-Bestrahlung
☐	Cervix/Corpus-Bestrahlung
☐	Rektum-Bestrahlung
☐	Prostata-Bestrahlung
☐	Blase-Bestrahlung
☐	Gutartige (PHS,Epicondylitis etc.)
☐	Metastasen-Bestrahlung
☐	Mamma-Bestrahlung

Sonstige:

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift
des Strahlenschutzverantwortlichen /
- beauftragten

.....
Datum

.....
Stempel
des Betreibers