

Absender / Stempel / Betreiber

## Aufnahmeeinrichtung, ortsfest

Röntgenstrahler: ..... / .....  
Typ Strahler Nr.

Standort der Röntgeneinrichtung: .....

Betriebsübliche Bezeichnung / Typenbezeichnung: .....

ggf. betriebsinterne Identifikations Nr.: .....

Hersteller: .....

Inbetriebnahme der Anlage: .....

Generator: ..... / .....  
Typ Leistung

		Anwendungsgeräte dieses Strahlers	Rastertyp	Bildempfänger *(s.u.)
1a)	<input type="checkbox"/>	Rastertisch		
1b)	<input type="checkbox"/>	Rastertisch mit Schichtzusatz		
2	<input type="checkbox"/>	Rasterwandgerät		
3	<input type="checkbox"/>	Sonstige:		
* Film-Folien-System / Speicherfoliensystem / Festdetektor				

Werden mit dem oben genannten Generator noch **weitere Röntgenstrahler** betrieben?

nein       ja, Strahler-Nr. : .....

Aufnahmearten (z. B. HWS, Kniegelenke): .....  
.....

Betreiber: .....

Strahlenschutzverantwortliche(r): .....

ggf. Strahlenschutzbevollmächtigte(r): .....

Strahlenschutzbeauftragte(r): .....

**Mitbenutzer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung:** .....