

Ärztekammer Nordrhein  
Ärztliche Stelle nach StrlSchV  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**per Fax: 0211/4302-5292**

## **Anmeldung einer Institution nach § 129 Strahlenschutzverordnung**

**Struktur Praxis / Klinik für Strahlentherapie / Radioonkologie**

### **Persönliche Identifikation der Praxis / Abteilung / Klinik für Radiotherapie**

Name des Institutes.....

Strahlenschutzverantwortlicher.....

Strahlenschutzbeauftragter.....

Adresse .....

.....

Telefon / Fax .....

Mail: .....

#### **Verantwortliche Kontaktpersonen**

Radiotherapie .....

.....

.....

Medizinphysik .....

Verwaltung /  
Rechnungsadresse.....

.....

---

**Zusätzliche Kooperationen / Betreiber / MVZ**

Name .....

Strahlenschutzbeauftragter.....

Adresse .....

Telefon / Fax .....

Mail .....

**Verantwortliche Kontaktpersonen**

Radiotherapie .....

.....

.....

Chemotherapie .....

.....

Medizinphysik .....

Verwaltung .....

.....

---

Ort, Datum / Stempel, Unterschrift (Ltd. Arzt / Stellvertreter)

***Dieser Bereich ist nur von der Ärztlichen Stelle auszufüllen.***

Die Anmeldung bei der Ärztlichen Stelle erfolgte am: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift/Stempel