



HAUPTSTELLE

Abteilung für Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner/in **Sabine Fink / Beatrix Sydon**

Telefon 0211 / 5970 **8278 / -8035**

Telefax 0211 / 5970 **9278 / -9035 / -8160**

E-Mail sabine.fink@kvno.de

E-Mail beatrix.sydon@kvno.de

**Anlage
zum Antrag
Strahlentherapie**

I. Persönliche Daten:

I. a) Benutzer des Gerätes:

Anschrift:

.....

.....

.....

.....

I. b) Eigentümer des Gerätes:

Standort des Gerätes:

.....

.....

.....

.....

BSNR: wenn bereits bekannt)

Nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen

**Gewährleistungsgarantie
Strahlentherapie**

Gerätebezeichnung:..... Baujahr:

Hersteller/Vertreiber:

Bestrahlungseinrichtung wurde/wird am installiert.

Wichtiger Hinweis:

Die zentrale Radiologie-Kommission kann nur dann eine positive Empfehlung geben, wenn alle geforderten Angaben gemacht werden.

Klasse IV– Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)

a) Kurative und palliative Strahlentherapie

Kobaltbestrahlungsgerät

Quellen-Achs-Abstand in cm:

Simulator

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung irregulärer Felder

Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

b) Kurative und palliative Strahlentherapie

Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb

Simulator

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung irregulärer Felder

Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

Megaelektronenvolt (MeV): **>als 1**

c) Kurative und palliative Strahlentherapie einschließlich Elektronenbestrahlungen

Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb und Elektronenbetrieb

Simulator

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung

Rechenanlage zur individuellen Dosisplanung irregulärer Felder

Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

Megaelektronenvolt (MeV) **> als 1**

Klasse V - Brachytherapie

Umschlossene Radionuklide

Interstitielle Brachytherapie

B. Gewährleistungsgarantie

Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass das/die umseitig aufgeführte/n Gerät/e der Klassen IV und V mit der/den Bezeichnung/en

.....
.....
.....
.....

die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie“ vom 10.02.1993 in der jeweils gültigen Fassung erfüll(t/en).

.....
(Ort, Datum)

.....
***(Stempel und Unterschrift des
Hersteller/Vertreibers)***