



Informationsblatt

Anzeigepflichten beim Betrieb von Röntgeneinrichtungen

Der Betrieb dentaler Röntgeneinrichtungen unterliegt einer besonderen Überwachung, welche gemäß Strahlenschutzverordnung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden wahrgenommen werden. Zuständige Aufsichtsbehörden im Land Brandenburg sind das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) und die Zahnärztliche Stelle Röntgen (LZÄKB).

Nachfolgend sind die Anzeigepflichten gemäß des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung aufgeführt:

Anmeldung	Formblatt „Anmeldung“
Änderungsanzeige	Formblatt „Änderungsanzeige“ zum Beispiel Standort-, Software-, Film- oder Strahlerwechsel, Umstellung der Aufnahmetechnik und andere
Abmeldung	Formblatt „Abmeldung“

Die entsprechenden Formblätter für die Anzeigen bei der Zahnärztlichen Stelle Röntgen finden Sie auf der Internetseite www.lzkb.de und im Onlineportal www.zqms.de.

Besondere Hinweise:

Eine Kopie der Anzeige/Abmeldung und Änderungsanzeige ist dem LAVG zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass jeder Regionalbereich vom LAVG, Abteilung Arbeitsschutz nur bestimmte Landkreise (Aufsichtsbezirke) zugeordnet ist. Eine Übersicht der jeweiligen Zuständigkeiten finden Sie ebenfalls auf der Internetseite www.lzkb.de und im Onlineportal www.zqms-eco.de.

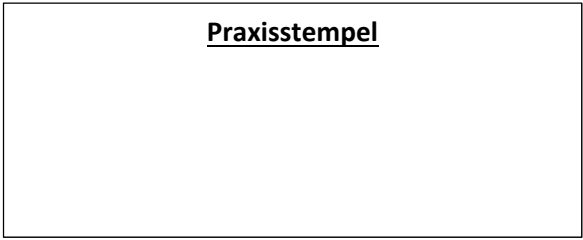
Des Weiteren weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass Sachverständige keine An- oder Abmeldungen von Röntengeräten für die Zahnarztpraxen vornehmen dürfen.

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:



Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Postfach 10 07 22

03007 Cottbus

Anzeige einer digitalen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntengerät)			
Hersteller			
Inbetriebnahme ab			
Fab.Nr./Strahler.Nr.			
Software	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>
Bildformat	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>
Art der Hardcopy	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am:	am:	am:
	durch:	durch:	durch:
Letzte Abnahmeprüfung	am:	am:	am:
	durch:	durch:	durch:

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 117 und § 129 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie der Angaben der Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 121 Strahlenschutzverordnung bestätigt.

Datum

Unterschrift Praxisinhaber

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Praxisstempel

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Postfach 10 07 22

03007 Cottbus

Anzeige einer konventionellen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)			
Hersteller			
Fab.Nr.			
Strahler.Nr.			
Inbetriebnahme ab			
Filmtyp	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>
Filmverarbeitungssystem	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am:	am:	am:
	durch:	durch:	durch:
Letzte Abnahmeprüfung	am:	am:	am:
	durch:	durch:	durch:

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 117 und § 129 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie der Angaben der Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 121 Strahlenschutzverordnung bestätigt.

 Datum

 Unterschrift Praxisinhaber

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Praxisstempel

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Postfach 10 07 22

03007 Cottbus

Anzeige einer digitalen DVT-Röntgeneinrichtung

Gerät	DVT	DVT mit Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)		
Hersteller		
Inbetriebnahme ab		
Fab.Nr./Strahler.Nr.		
Bezeichnung der digitalen Software	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>
Bildformat	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>
Art der Hardcopy	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am:	am:
	durch:	durch:
Letzte Abnahmeprüfung	am:	am:
	durch:	durch:

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 117 und § 129 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie der Angaben der Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 121 Strahlenschutzverordnung bestätigt.

 Datum

 Unterschrift Praxisinhaber

Absender:

Name:
Straße:
PLZ/ Ort:

<u>Praxisstempel</u>

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Änderungsanzeige einer Röntgeneinrichtung

Gerät	<input type="checkbox"/> Intraorales Röntgen (Tubus) <input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> OPG/ FRS	<input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> DVT/ OPG <input type="checkbox"/> DVT/ OPG/ FRS
Typ		
Hersteller		

Art der Änderung	
<input type="checkbox"/> Standortwechsel (z.B. neue Adresse)	
<input type="checkbox"/> Umstellung der Aufnahmetechnik	<input type="checkbox"/> digital <input type="checkbox"/> konventionell
<input type="checkbox"/> Softwarewechsel	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Strahlerwechsel (Nummerangabe)	
<input type="checkbox"/> Filmwechsel	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Filmverarbeitungssystem	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Betreiberwechsel)	

Datum

Unterschrift Praxisinhaber

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

<u>Praxisstempel</u>

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Postfach 10 07 22

03007 Cottbus

Abmeldung einer Röntgeneinrichtung

nach Strahlenschutzgesetz (StrlSchG § 21)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich melde den Betrieb der folgenden zahnmedizinischen Röntgeneinrichtung ab.

Gerätetyp	Hersteller	Außerbetriebnahme ab (Datum)

Datum

Unterschrift Praxisinhaber