



**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](mailto:sabine.fink@kvno.de)

E-Mail [beatrix.sydon@kvno.de](mailto: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)***