

Erhebungsbogen

**Ermächtigung zur Vermittlung der Sachkunde für die Fachkunde
 beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen /
 Beschleunigerbetrieb
 entsprechend der „Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“**

A. Angaben zur Person des Antragstellers und beruflicher Werdegang

1. Personalangaben des Antragstellers:

Name (akad. Grad)		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Privatanschrift			
Straße		(PLZ) Wohnort	
Tel. - Nr.		E-Mail:	
Dienstanschrift			
Straße		(PLZ) Wohnort	
Institution/Praxis			
Tel. - Nr.		E-Mail:	

2. Beruflicher Werdegang

Die Einzelheiten des beruflichen Werdegangs sind in einer besonderen Anlage (1) darzustellen:

Dienststellung/Tätigkeit*):	seit:
------------------------------------	-------

Anerkennung als Arzt für:				
	am		durch	
	am		durch	
	am		durch	
	am		durch	

Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung:				
	am		durch	
	am		durch	
	am		durch	

Weiterbildungsbefugnis für Monate	
--	--

B. Angaben zum gegenwärtigen Tätigkeitsbereich

Name und Anschrift des Arbeitsbereiches (s. a. A)

Universitätsklinik			ja / nein*
Akademische Lehranstalt			ja / nein*
Kommunales Krankenhaus			ja / nein*
Privat-Klinik			ja / nein*
Belegarztstätigkeit	ja / nein*	Partner	
Berufsausübungs-gemeinschaft	ja / nein*	Partner	
Praxisgemeinschaft	ja / nein*	Partner	
MVZ	ja / nein*		

C. Ausstattung der Einrichtung

Gerät	Hersteller / Baujahr	Anzahl
Linearbeschleuniger		
Simulator		
Afterloading-Geräte		
	Technik:	HDR <input type="checkbox"/> LDR <input type="checkbox"/> Pulsrate <input type="checkbox"/>
Planungssystem/Zahl der Lizenzen		
Computertomograph		

Eigene Gussblockherstellung	ja / nein*
Multileaf-System	ja / nein*
Mikromultileaf-System	ja / nein*
Stereotaxiebestrahlungen werden durchgeführt	ja / nein*
Gussblockherstellung für Stereotaxie	ja / nein*
Ganzkörperbestrahlungen für KMT werden durchgeführt	ja / nein*
Seed-Applikationen werden durchgeführt (z. B. Prostata-Spickungen)	ja / nein*
welche?	ja / nein*
Anwendung umschlossener Strahler	ja / nein*
Oberflächen-Kontakttherapie	ja / nein*
Nuklide:	
endovasale Brachy-Therapie	ja / nein*
Messinstrumente für Elektronendosimetrie	ja / nein*
Atem-getriggerte Bestrahlung	ja / nein*
IMRT	ja / nein*

Seite 3 des Antrags von: _____

Besteht im Hause eine EDV-Vernetzung, z. B. mit Röntgenabt. zur Befundsabrufung	ja / nein*
zur Bildabrufung	ja / nein*
Zentrale Patientenkrankenakte	ja / nein*
Planungsarchivierung Strahlentherapie	ja / nein*
Bestrahlungsdatenarchivierung	ja / nein*

Gehört zur Strahlentherapie eine eigene Bettenstation?	ja / nein*
Anzahl der Betten	
Ist die Bettenstation ausschließlich für die Strahlentherapie?	ja / nein*
Besteht eine gemeinschaftliche Station mit anderen Abteilungen?	ja / nein*
Abteilungen bitte angeben:	
Bestehen Belegbetten für die Strahlentherapie in anderen Abteilungen	ja / nein*
Anzahl der Betten	
Werden kombinierte Radiochemotherapien durchgeführt?	ja / nein*
Verfügt die Bettenstation über ein Zimmer zur Durchführung von interstitieller Therapie mit umschlossenen Strahlern?	ja / nein*

D. Personelle Besetzung der Strahlentherapie

Anzahl	Soll	Ist
Oberärzte		
Fachärzte		
Assistenzärzte in Weiterbildung		
Medizinphysik-Experten		
Techniker im physik. Bereich		
EDV-Techniker ausschließlich für die Strahlentherapie		
EDV-Techniker in Kooperation		
MTRA		
med. Hilfskräfte		
Schwwestern/Pfleger		
Arzthelferinnen/MFA		

E. Personelle Besetzung der Strahlentherapie-Bettenstation

Anzahl	Soll	Ist
Oberärzte (Facharzt für Strahlentherapie)		
Fachärzte (Facharzt für Innere Medizin)		
Facharzt für Innere Medizin mit SP Hämatologie /Internst. Onkologie		
Assistenzärzte in Weiterbildung		
Schwwestern / Pfleger		

Besteht ein eigener Nachtdienst?	ja / nein*
Besteht ein Wochenendbereitschaftsdienst?	ja / nein*
Besteht feste Kooperation mit Hämatologisch-Onkologischer Abt.?	ja / nein*
Gibt es regelmäßig in der Woche eine Konsilbesprechung/Begehung?	ja / nein*
Wie oft erfolgt eine Chefvisite pro Woche?	
Wie oft erfolgt eine Oberarztvisite pro Woche?	

Gesamtbettenzahl der Klinik/der zu versorgenden stationären Patienten	
Gibt es ein Rotationsprogramm mit einer Radiologischen Abteilung?	ja / nein*
Anzahl der Geräte:	
Röntgendiagnostik	
CT	
MR	
Besteht ein zeitlich zugeordneter Zugriff zu CT- und Röntgengeräten?	ja / nein*
Es besteht eine Nuklearmedizinische Abt. in der Klinik/Praxis	ja / nein*
Besteht ein zeitlich zugeordneter Zugriff zu MRT-Messzeit?	ja / nein*
Die Geräte werden bedient vom Personal der Strahlentherapie	ja / nein*
Personal der Röntgendiagnostik	

F. Leistungsstatistik über 12 Monate Zeitraum von _____ bis _____

	Anzahl / Jahr
Neuvorstellungen	
Neubestrahlte Patienten	
Gesamtzahl der bestrahlten Patienten	
IMRT	
Stereotaxiebestrahlung	
Ganzkörperbestrahlung	
Atem-getriggerte Bestrahlung	
Radiochemotherapie	
Kontaktbestrahlung mit umschlossenen Strahlern	
Intracavitär-Oberfläche	
Interstitielle Therapie	
Afterloading-Bestrahlungsgerät Iridium 192 HDR	
Gynäkologische Bestrahlungen	
Nicht gynäkologische AL-Bestrahlungen	
Interstitielle AL-Therapie, z. B. Katheter/Nadeln	

G. Interdisziplinäre Kooperation

Regelmäßige onkologische Besprechungen/Kolloquien mit:	
Chirurgie	ja / nein*
Urologie	ja / nein*
Gynäkologie	ja / nein*
Hautklinik	ja / nein*
Lungenabteilung	ja / nein*
Medizinische Klinik	ja / nein*
Pädiatrie	ja / nein*
Hals-Nasen-Ohren Klinik	ja / nein*
Regelmäßig 1x pro Woche gemeinsame Vorstellung	ja / nein*
Auswärtigen Kliniken	ja / nein*

Seite 5 des Antrags von: _____

Anzahl der Gutachten pro Jahr	Anzahl:
Erfolgen hausinterne regelmäßige Fortbildungen?	ja / nein*
Anzahl pro Woche	Anzahl pro Jahr
Gibt es gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit Radiologie?	ja / nein*
Tägl. Besprechungen innerhalb der Abteilung	ja / nein*
„Chef-Besprechungen“ mit Fallbesprechung	ja / nein*
Wie viele Tage im Jahr werden Assistenzärzte zur externen Fortbildung vom Dienst freigestellt (keine Urlaubstage)	Anzahl:
Wer ist für die Sachkundevertretung/Weiterbildung bei Krankheit/Urlaub zuständig?	
Wie viele strahlenschutzbeauftragte Ärzte sind in der Abteilung	Anzahl:
Wie viele strahlenschutzbeauftragte Medizinphysikexperten	Anzahl:

Die Unterweisung entsprechend StrlSchV erfolgt:	
durch einen Arzt	
durch einen Medizinphysikexperten	
gemeinsam	

Besteht in der Klinik / Praxis Zugriff auf wissenschaftliche Literatur ja / nein*
Besteht in der Klinik / Praxis Zugriff auf das Internet ja / nein*

Folgende Unterlagen sind als Anlage beizufügen:

- Auflistung der im eigenen Bereich durchgeführten Fortbildungen
- Auflistung der real oder digital verfügbaren Lehrbücher/Zeitschriften
- Auflistung der von ärztlichen Mitarbeitern besuchten medizinischen Tagungen und Kongresse
- Nachweise einer Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden.
- Bescheinigung über die letzte Aktualisierung der Fachkunde

Seite 6 des Antrags von: _____

Beantragung

Es wird die Ermächtigung zur Vermittlung der Sachkunde zur Erlangung der Fachkunde im Umgang/Anwendung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

A 1 2.2	Strahlenbehandlungen (Teletherapie und Brachytherapie)	
A 1 2.2.1	Gesamtgebiet der Strahlenbehandlungen	
A 1 2.2.2	Brachytherapie	
A 1 2.2.3	Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantationen	
A 1 2.2.4	Endovaskuläre Strahlentherapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen	
A 1 2.2.5	Teletherapie (Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen und Gammabestrahlungs-Vorrichtungen)	
A 1 2.2.5.1	Gesamtgebiet Teletherapie	
A 1 2.2.5.2	Organspezifische Anwendungen (z. B. Gehirn)	
A 1 2.2.5.3	Neue Anwendungen (z. B. Therapien mit Partikelstrahlung)	
A 1 2.2.6	Therapie-Planung mittels CT und für die bildgeführte Strahlentherapie (IGRT mit Röntgeneinrichtungen) sowie Simulation und Verifikation	
RöV	Bestrahlung mit Röntgengeräten	

für eine anrechenbare Zeit von _____ Monaten.

Ort, Datum

Unterschrift