



Informationsblatt

Anzeigepflichten beim Betrieb von Röntgeneinrichtungen

Der Betrieb dentaler Röntgeneinrichtungen unterliegt besonderen Pflichten, welche gemäß dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) geregelt werden. In den §§ 12 und 19 StrlSchG wird die Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (im Land Brandenburg LAVG - Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit) festgelegt. Die Mitteilung an die Zahnärztliche Stelle Röntgen (LZÄKB) regelt der § 129 Abs. 1 der StrlSchV.

Die Mitteilung an die Zahnärztliche Stelle nach § 129 Abs. 1 Strahlenschutzverordnung (Sicherung der Qualität bei der Anwendung am Menschen) entbindet nicht von der Anzeigepflicht an die zuständige Behörde, im Land Brandenburg das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit.

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

Mitteilung	Formblatt „Mitteilung einer ...“
Änderungsmitteilung	Formblatt „Änderungsmitteilung“ 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 → Zahnärzte → Zahnärztliche Stelle Röntgen und im Serviceportal unter www.zqms-eco.de → Serviceportal → Röntgen.

Besondere Hinweise:

Eine Kopie der Mitteilung/Abmeldung und Änderungsmitteilung ist dem LAVG zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass jeder Regionalbereich vom LAVG, Abteilung Arbeitsschutz nur bestimmten Landkreisen (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 Röntgengeräten für die Zahnarztpraxen vornehmen dürfen.

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Praxisstempel

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

Mitteilung über die Aufnahme einer Tätigkeit an einer digitalen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)			
Hersteller			
Inbetriebnahme ab			
Fab.Nr./Strahler.Nr.			
Software	Sidexis KDIS VixWin Dexis	Sidexis KDIS VixWin Dexis	Sidexis KDIS VixWin Dexis
Bildformat	jpg tif bmp	jpg tif bmp	jpg tif bmp
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

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

Mitteilung über die Aufnahme einer Tätigkeit an einer konventionellen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)			
Hersteller			
Fab.Nr.			
Strahler.Nr.			
Inbetriebnahme ab			
Filmtyp	AGFA Kodak	AGFA Kodak	AGFA Kodak
Filmverarbeitungssystem	XR-24 Periomat Giradelli	XR-24 Periomat Giradelli	XR-24 Periomat Giradelli
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:



Landeszahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

Mitteilung über die Aufnahme einer Tätigkeit an einer digitalen DVT-Röntgeneinrichtung

Gerät	DVT	DVT mit Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)		
Hersteller		
Inbetriebnahme ab		
Fab.Nr./Strahler.Nr.		
Bezeichnung der digitalen Software	Sidexis KDIS VixWin Dexis	Sidexis KDIS VixWin Dexis
Bildformat	jpg tif bmp	jpg tif bmp
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 (StrISchV) 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

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

Mitteilung über die Änderung einer Tätigkeit an einer Röntgeneinrichtung

Gerät	Intraorales Röntgen (Tubus)	DVT
	OPG	DVT/ OPG
	OPG/ FRS	DVT/ OPG/ FRS
Typ		
Hersteller		

Art der Änderung			
	Standortwechsel (z.B. neue Adresse)		
	Umstellung der Aufnahmetechnik	digital	konventionell
	Softwarewechsel	Sidexis KDIS VixWin Dexis Sonstige	
	Strahlerwechsel (Nummernangabe)		
	Filmwechsel	AGFA Kodak Sonstige	
	Filmverarbeitungssystem	XR-24 Periomat Giradelli Sonstige	
	Sonstiges (z.B. Betreiberwechsel)		

Datum**Unterschrift Praxisinhaber**

Absender:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

<u>Praxisstempel</u>

Landes Zahnärztekammer Brandenburg

Zahnärztliche Stelle

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

Mitteilung über die Beendigung einer Tätigkeit an 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