

**Abmeldung/Änderung
bei der Ärztlichen Stelle MV gemäß §129 StrlSchV**

Ärztliche Stelle MV
August-Bebel-Str. 9a
18055 Rostock

Tel.: 0381 492802926 / 0381 4928026
E-Mail: aertzlichestelle@aek-mv.de

Name und Anschrift der Institution / Praxis (Betreiber):

Tel.: _____

E-Mail: _____

Name und Anschrift des Strahlenschutzverantwortlichen (SSV):

Röntgeneinrichtung/en (Bezeichnung / Generator)

- ☐ Röntgen ☐ Durchleuchtung ☐ CT ☐ C-Bogen ☐ Mammographie ☐ Sonstige
☐ Lungenkrebs-Screening

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. _____

2. _____

Nuklearmedizinische Einrichtung / Gerät:

1. _____

2. _____

Strahlentherapeutische Einrichtung / Gerät:

1. _____

2. _____

☐ Stilllegung ab _____

☐ Betreiberwechsel ab _____

☐ Mitnutzung beendet ab _____

☐ Mitnutzerwechsel ab (weitere
Angaben über Anmeldeformular) _____

☐ Lungenkrebs-Screening
beendet ab _____

☐ wesentliche Änderungen
des Betriebes _____

Abmeldung an die zuständige Behörde weiterleiten. Demontage Nachweis bitte beifügen!

Strahlenschutzverantwortlicher (SSV):

Name: _____

Datum: _____

Strahlenschutzbeauftragter (SSB):

Name: _____

Datum: _____