

An die
 Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-
 Strahlenschutz Berlin
 Ärztekammer Berlin
 Friedrichstraße 16
 10969 Berlin

Dokumentationsbogen

Name des Gerätes Hersteller Baujahr	Geräteklasse (bitte Zutreffendes ankreuzen)
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren

	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren

	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren
	<input type="checkbox"/> Afterloadinggerät <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger <input type="checkbox"/> Tomotherapiegerät <input type="checkbox"/> Planungssystem <input type="checkbox"/> Protonentherapie <input type="checkbox"/> Röntgentherapiegerät <input type="checkbox"/> Simulator <input type="checkbox"/> Seeds/Applikatoren

Bitte pro Gerät ein Feld verwenden und Zutreffendes ankreuzen.

Bitte benennen Sie uns Ihre Ansprechpartner:innen (Ärzt:innen/MPE):

Name	Funktion	Telefonnummer/Fax	E-Mail-Adresse

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Hirn-Bestrahlung (stereotaktisch)
- Hirn-Bestrahlung (konventionelle Therapie)
- HNO-Bestrahlung
- Lungen-Bestrahlung
- Ösophagus-Bestrahlung
- Hodgkin-Bestrahlung
- Non-Hodgkin-Bestrahlung
- Hoden-Bestrahlung
- Cervix/Corpus-Bestrahlung
- Rektum-Bestrahlung
- Prostata-Bestrahlung
- Blase-Bestrahlung
- Gutartige (PHS, Epicondylitis etc.)
- Metastasen-Bestrahlung
- Mamma-Bestrahlung

Sonstige:

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift
der/des Strahlenschutzverantwortlichen/
- beauftragten

.....
Datum

.....
Stempel
des Betriebs