

Absender (Name, Anschrift):

**Landesärztekammer Brandenburg
Ärztliche Stelle Röntgen
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus**

Telefon: 0355 78010-220
Telefax: 0355 78010-239
E-Mail: roentgen@laekb.de

Mitteilung über die Aufnahme oder Änderung eines teleradiologischen Betriebs

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den teleradiologischen Betrieb für folgende Röntgeneinrichtung(en) an:

Der teleradiologische Betrieb wird voraussichtlich am _____
aufgenommen.

Strahlenschutzverantwortlicher:

Name: _____
Anschrift: _____

Strahlenschutzbeauftragter am Standort der Untersuchung:

Name: _____
Tel.: _____
Mail: _____

Teleradiologe / teleradiologischer Dienstleister:

Bei Änderungs-Mitteilung: Betreiber-Nr.: _____
Änderung(en):

Name, Vorname

Funktion

Ort / Datum