

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Reutlingen  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhastr. 11  
72770 Reutlingen

Absender/Stempel

Karin Schramm | Telefon 07121 917-2388 | Fax 07121 917-483858 | [karin.schramm@kvbawue.de](mailto:karin.schramm@kvbawue.de)

## Angaben zur apparativen Ausstattung in der Strahlentherapie

(Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Benutzer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Standort der Röntgeneinrichtung / Eigentumsverhältnisse

- Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)
- an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gemeinschaftliche Nutzung mit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Betreiber des Gerätes

\_\_\_\_\_  
Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab

**Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitzuteilen.**

**Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und/oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.**

**Bitte beachten Sie, dass eine Genehmigung nur dann erteilt werden kann, wenn alle geforderten Angaben gemacht sind!**

**Diese Seiten sind nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen!**

Genauere Bezeichnung der Apparatur:

Name der Herstellerfirma:

Fabriknr. und Baujahr:

**Technischer Datenbogen**

Das/die Gerät(e) erfüllt/en folgende Voraussetzung(en):

	ja	nein
Klasse I	Therapie mit weichen Strahlen	
a) Röntgen-Nahbestrahlungstherapie		
Zur Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen der Haut sowie primären und sekundären bösartigen Tumoren der Haut einschl. der Schleimhaut und Bindehaut		
▪ Spezielle Röntgenröhren mit Tubussen für Fokus-Haut-Abstände bis 5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Röntgen-Weichstrahltherapie		
Zur Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen der Haut sowie primären und sekundären bösartigen Tumoren der Haut einschl. der Schleimhaut und Bindehaut		
▪ Wählbare Röntgenspannung von 10 bis max. 100 kV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Eigenfilterung der Röhre: 0,5 bis 1,0 mm Beryllium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Möglichkeit zur rechnergestützten Bestrahlungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klasse II	Therapie mit harten Strahlen (Orthovolttherapie)	
a) Zur Bestrahlung gutartiger Erkrankungen und zur symptomatischen und palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen		
▪ Wählbare Röhrenspannung mindestens 100 kV (Orthovolttherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zur Bestrahlung gutartiger Erkrankungen und zur symptomatischen und palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen		
▪ Caesiumbestrahlungsgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Möglichkeit zur rechnergestützten Bestrahlungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
Klasse III	Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)		
	Zur palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen und zur kurativen Bestrahlung, soweit mit der Dosis der jeweils palliative oder kurative Effekt im Zielvolumen erreicht werden kann		
	▪ Kobaltbestrahlungsgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Quellen-Achs-Abstand: < 65 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Simulation und/oder Verifikation der Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Möglichkeit zur rechnergestützten Bestrahlungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klasse IV	Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)		
a)	Kurative und palliative Strahlentherapie		
	▪ Kobaltbestrahlungsgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Quellen-Achs-Abstand: > 65 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Simulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Rechenanlage zur Dosisberechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Kurative und palliative Strahlentherapie		
	▪ Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Simulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Rechenanlage zur Dosisberechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Kurative und palliative Strahlentherapie einschl. Elektronenbestrahlungen		
	▪ Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb und Elektronenbetrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Simulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Rechenanlage zur Dosisberechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
Klasse V (Brachytherapie)			
Intrakavitäre und interstitielle Strahlen- bzw. Kontakttherapie zur Behandlung von bösartigen Tumoren sowie von gutartigen Erkrankungen an der Körperoberfläche			
	▪ Umschlossene Radionuklide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Individuelle Bestrahlungsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ Röntgendokumentation der Applikatorvorlage bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ intrakavitären Applikationen und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ interstitiellen Applikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gewährleistungsgarantie

Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass die aufgeführte/n Gerät/e der Klassen I bis V mit der/den Bezeichnung/en

---



---



---



---



---



---



---

die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllt/en.

Ort, Datum

(Unterschrift/Stempel des Herstellers)