

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 8 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gem. § 135 Abs. 2 SGB V Strahlentherapie**

Name: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### **1. im Rahmen der ASV durchzuführende strahlendiagnostische/ -therapeutische Behandlungen**

**Bitte angeben:**

<b>Klasse I: Therapie mit weichen Strahlen</b>	
<input type="checkbox"/>	a) Röntgen-Nahbestrahlungstherapie
<input type="checkbox"/>	b) Röntgen-Weichstrahltherapie
<b>Klasse II: Therapie mit harten Strahlen</b>	
<input type="checkbox"/>	a) Orthovolttherapie (Tiefen- und Halbtiefentherapie)
<input type="checkbox"/>	b) Caesiumbestrahlungsgerät
<b>Klasse III: Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)</b>	
<input type="checkbox"/>	Kobaltbestrahlungsgerät mit Quellen-Achs-Abstand $\leq 65$ cm
<b>Klasse IV: Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)</b>	
<input type="checkbox"/>	a) Kobaltbestrahlungsgerät mit Quellen-Achs-Abstand $> 65$ cm
<input type="checkbox"/>	b) Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb
<input type="checkbox"/>	c) Teilchenbeschleuniger mit Photonen- und Elektronenbetrieb
<b>Klasse V: Intrakavitäre und interstitielle Kontakttherapie (Brachytherapie)</b>	
<input type="checkbox"/>	Umschlossene Radionuklide

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

### 2. Fachliche Anforderungen

a) Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:	Nachweise beigelegt	
Facharzt für Strahlentherapie (§ 9 Abs. 1a QSV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Facharzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie (nach Übergangsrecht der WBO gem. § 9 Abs. 1a QSV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Facharzt für Radiologie (sofern fachliche Qualifikation für Strahlentherapie erworben gem. § 9 Abs. 1a QSV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

b) Fachkunde im Strahlenschutz (Nachweis: Bescheinigung über Fachkunde)	Nachweise beigelegt	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3. Apparative Ausstattung - Röntgeneinrichtung

a) Technische Voraussetzungen: Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 12 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Behördliche Genehmigung Genehmigung gemäß § 3 Abs. 1 Röntgenverordnung bzw. Umgangsgenehmigung gemäß § 3 Abs. 1 Strahlenschutzverordnung (Nachweis: Kopie)	Nachweise beigelegt	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift