



Informationsblatt

Anzeigepflichten beim Betrieb von Röntgeneinrichtungen

Der Betrieb dentaler Röntgeneinrichtungen unterliegt einer besonderen Überwachung, welche gem. Röntgenverordnung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden wahr genommen wird. Zuständige Aufsichtsbehörden im Land Brandenburg sind das Landesamt für Arbeitsschutz (LAS) und die Zahnärztliche Stelle Röntgen.

Nachfolgend sind die **Anzeigepflichten** gem. RöV aufgeführt:

Anmeldung	Formblatt „Anmeldung“
Abmeldung	Formblatt „Abmeldung“
Änderungsanzeige	Formblatt „Änderungsanzeige“ z.B.: Standort-, Software-, Film- oder Strahlerwechsel, Umstellung der Aufnahmetechnik u.a.

Die entsprechenden **Formblätter** für die Anzeigen bei der Zahnärztlichen Stelle Röntgen (LZÄKB) finden Sie auf der Homepage www.lzkb.de und im Onlineportal www.z-qms.de.

Besondere Hinweise

Eine Kopie der Anzeige ist dem LAS zu übermitteln. Bitte beachten Sie, dass jeder Regionalbereich des LAS nur bestimmten Landkreisen (Aufsichtsbezirke) zugeordnet ist. Eine Übersicht der jeweiligen Zuständigkeiten finden Sie ebenfalls auf der Homepage www.lzkb.de und im Onlineportal www.z-qms.de.

Im Weiteren weisen wir explizit darauf hin, dass Sachverständige **keine** An- oder Abmeldungen von Röntgengeräten für die Zahnarztpraxen vornehmen dürfen.

Absender (Praxisstempel)

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Anzeige einer digitalen DVT-Röntgeneinrichtung

Geräteart	DVT	DVT mit Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)		
Hersteller		
Inbetriebnahme ab		
Fab.Nr. / Strahler.Nr.		
Bezeichnung der digitalen Software	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>
Bildformat	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>
Art der Hartcopy	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am	am
	durch	durch
letzte Abnahmeprüfung	am	am
	durch	durch

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 17 a RöV sowie der Angaben zur Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 18 Abs. 2 RöV bestätigt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Absender (Praxisstempel)

Landeszahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Anzeige einer konventionellen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)			
Hersteller			
Fab.Nr.			
Strahler-Nr.			
Inbetriebnahme ab			
Filmtyp	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AGFA <input type="checkbox"/> Kodak <input type="checkbox"/>
Filmverarbeitungssystem	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> XR-24 <input type="checkbox"/> Periomat <input type="checkbox"/> Giradelli <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am	am	am
	durch	durch	durch
letzte Abnahmeprüfung	am	am	am
	durch	durch	durch

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 17 a RöV sowie der Angaben zur Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 18 Abs. 2 RöV bestätigt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Absender (Praxisstempel)

Landeszahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Anzeige einer digitalen Röntgeneinrichtung

Gerät	1	2	Panoramagerät
Typ (Röntgengerät)			
Hersteller			
Inbetriebnahme ab			
Fab.Nr. / Strahler.Nr.			
Bezeichnung der digitalen Software	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sidexis <input type="checkbox"/> KDIS <input type="checkbox"/> VixWin <input type="checkbox"/> Dexis <input type="checkbox"/>
Bildformat	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jpg <input type="checkbox"/> tif <input type="checkbox"/> bmp <input type="checkbox"/>
Art der Hardcopy	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laserdrucker <input type="checkbox"/> Thermoprinter <input type="checkbox"/>
letzte Sachverständigenprüfung	am	am	am
	durch	durch	durch
letzte Abnahmeprüfung	am	am	am
	durch	durch	durch

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zur Einreichung der Unterlagen gem. § 17 a RöV sowie der Angaben zur Röntgeneinrichtung und das Vorliegen schriftlicher Arbeitsanweisungen gem. § 18 Abs. 2 RöV bestätigt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Absender

.....
.....
.....
.....

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Änderungsanzeige einer Röntgeneinrichtung

Gerät	<input type="checkbox"/> intraorales Röntgen (Tubus)	<input type="checkbox"/> DVT
	<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/> DVT / OPG
	<input type="checkbox"/> OPG / FRS	<input type="checkbox"/> DVT / OPG / FRS
Typ		
Hersteller		
Art der Änderung		
<input type="checkbox"/> Standortwechsel (neue Adresse)		
<input type="checkbox"/> Umstellung der Aufnahmetechnik	<input type="checkbox"/> digital	<input type="checkbox"/> konventionell
<input type="checkbox"/> Strahlerwechsel	Nr.	
<input type="checkbox"/> Softwarewechsel	<input type="checkbox"/> Sidexis	<input type="checkbox"/> KDIS
	<input type="checkbox"/> VixWin	<input type="checkbox"/> Dexis
	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Filmwechsel	<input type="checkbox"/> AGFA	<input type="checkbox"/> Kodak
	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Filmverarbeitungssystem	<input type="checkbox"/> XR-24	<input type="checkbox"/> Periomat
	<input type="checkbox"/> Giradelli	
	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		

.....
Datum

.....
Unterschrift (ggf. mit Praxisstempel)

Eine Kopie der Abmeldung senden Sie bitte an das zuständige Landesamt für Arbeitsschutz.

Absender

.....
.....
.....
.....

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztliche Stelle
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Abmeldung einer Röntgeneinrichtung

nach § 3 Abs. 8 RöV

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit wird der Betrieb der folgenden zahnmedizinischen Röntgeneinrichtung abgemeldet:

Gerätetyp	Hersteller	Außerbetriebnahme ab (TT/MM/JJJJ)

.....
Datum

.....
Unterschrift (ggf. mit Praxisstempel)

Eine Kopie der Abmeldung senden Sie bitte an das zuständige Landesamt für Arbeitsschutz.