

Formular zur Erstmeldung eines bedeutsamen Vorkommnisses gemäß § 108 in Verbindung mit Anlage 14 und 15 der Strahlenschutzverordnung

Das ausgefüllte Formular können Sie gerne, möglichst in einer PDF-Datei, an die E-Mail-Adresse des zuständigen Regierungspräsidiums (bitte ankreuzen) senden, sofern Ihre Datenschutzrichtlinien diese Übertragung zulassen.

- Regierungspräsidium Stuttgart
Referat 54.6
70565 Stuttgart
strahlenschutz@rps.bwl.de
- Regierungspräsidium Karlsruhe
Referat 54.5
76247 Karlsruhe
strahlenschutzRPK@rpk.bwl.de
- Regierungspräsidium Freiburg
Referat 54.5
79083 Freiburg i. Br.
strahlenschutz@rpf.bwl.de
- Regierungspräsidium Tübingen
Referat 54.5
72072 Tübingen
strahlenschutz@rpt.bwl.de

Absender

Hinweise

In diesem Formular sollen lediglich erste Anhaltspunkte mitgeteilt werden, die dem zuständigen Regierungspräsidium die Möglichkeit geben, eine Einschätzung zu treffen, ob es sich um ein meldepflichtiges Vorkommnis handelt. Bitte geben Sie in keinem Fall den Namen der verursachenden Person des bedeutsamen Vorkommnisses bzw. den Namen der durch das Vorkommnis exponierten Person an. Sollten Angaben gegenüber dem Regierungspräsidium zur exponierten Person notwendig sein, wird das Regierungspräsidium Sie darauf hinweisen. Bei Fragen bzw. zusätzlich benötigten Informationen wird sich das zuständige Regierungspräsidium mit Ihnen in Verbindung setzen. Wird das Kriterium als bedeutsam eingestuft, sind weitere Angaben notwendig.

Kriterien für die Bedeutsamkeit eines Vorkommnisses bei medizinischer Exposition und bei Exposition der untersuchten Person bei einer nichtmedizinischen Anwendung finden Sie in Anlage 14 sowie für die Bedeutsamkeit eines Vorkommnisses in einer geplanten Expositionssituation in Anlage 15 der Strahlenschutzverordnung. Die Anlagen 14 und 15 sind nicht abschließend. Es kann auch ein Vorkommnis als bedeutsam eingestuft werden, das keinem der dort genannten Kriterien entspricht.

1 Angaben zur meldenden Einrichtung

1.1 Name und Anschrift

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung (Straße, PLZ, Ort)

1.2 Kontaktdaten Ansprechpartner / in

Nachname, Vorname

Dienstliche Anschrift (falls abweichend von 1.1)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Funktion Ansprechpartner/in

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Strahlenschutzverantwortliche/r | <input type="checkbox"/> Strahlenschutzbevollmächtigte/r |
| <input type="checkbox"/> Strahlenschutzbeauftragte/r | <input type="checkbox"/> sonstige Funktion: |

2 Einordnung der Meldung

Kategorie

- Untersuchung mit ionisierender Strahlung und radioaktiven Stoffen
- Interventionen
- Behandlung mit ionisierender Strahlung und umschlossenen radioaktiven Stoffen
- Behandlung mit offenen radioaktiven Stoffen
- Betreuungs- und Begleitpersonen nach § 2 Absatz 8 Nummer 3 StrlSchG
- Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen zum Zweck der medizinischen Forschung
- Ereignisse mit beinahe erfolgter Exposition
- Exposition einer beruflich exponierten Person, die einen Grenzwert der Körperdosis überschreitet
- Exposition einer Person der Einzelbevölkerung, die einen Grenzwert der Körperdosis überschreitet
- Überschreitung der zulässigen Ableitung mit Luft oder Wasser
- Freisetzung radioaktiver Stoffe
- Kontaminationen
- Außergewöhnlicher Ereignisablauf oder Betriebszustand von erheblich sicherheitstechnischer Bedeutung
- Vorkommnis außerhalb von Anlage 14 oder 15 Strahlenschutzverordnung

Anwendungsart (falls medizinische Anwendung)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizinische Diagnostik | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizinische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik | <input type="checkbox"/> Röntgentherapie |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle Diagnostik | <input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie |
| <input type="checkbox"/> Brachytherapie | <input type="checkbox"/> Teletherapie |

3 Meldung (falls medizinische Anwendung)

Worum geht es?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wiederholung einer Anwendung | <input type="checkbox"/> Personenverwechslung |
| <input type="checkbox"/> Körperteilverwechslung | <input type="checkbox"/> Bestrahlungsplanverwechslung |
| <input type="checkbox"/> Dosisüberschreitung | <input type="checkbox"/> Verwechslung Radiopharmakon |
| <input type="checkbox"/> Abweichung vom Behandlungsplan | |
| <input type="checkbox"/> Auftreten einer deterministischen Wirkung, die für die Behandlung nicht zu erwarten war | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Beschreiben Sie das Vorkommnis, die Ursache, die Folgen und die daraus resultierenden Maßnahmen (Wer? Was? Wo? Wie? Wann?)

Ort, Datum

Unterschrift der meldenden Person
(Strahlenschutzverantwortliche/n,
Vertretungsberechtigte/r bzw.
Strahlenschutzbevollmächtigte/r)