

E-Mail: bk-verfahren@justiz.hamburg.de

Antrag auf Ermächtigung zur Durchführung ärztlicher Überwachung beruflich exponierter Personen nach § 175 Abs. 1 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

1. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

Titel	
Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Zeitpunkt der Approbation	

Dienstanschrift

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Privatanschrift

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

2. Angaben zur Facharztbezeichnung

Fachärztin/Facharzt für Arbeitsmedizin	Ja	Nein
Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin	Ja	Nein
andere Facharztbezeichnungen		

3. Angaben über die apparativen, personellen und räumlichen Voraussetzungen

Führen Sie die Laboruntersuchungen selbst durch?	Ja	Nein
Wenn nein, bitte geben Sie Name und Anschrift der beauftragten Laboratorien* an:		

* Es dürfen nur Laboratorien in Anspruch genommen werden, die regelmäßig an der Qualitätssicherung teilnehmen.

Können Sie Röntgenaufnahmen anfertigen und auswerten?	Ja	Nein
Wenn nein, bitte geben Sie Name und Anschrift der beauftragten Praxis/ des Institutes an:		

Verfügen Sie über folgende Geräte?

• EKG mit Brustwandableitungen	Ja	Nein
• Fahrradergometer und Defibrillator	Ja	Nein
• Gerät zur Prüfung der Lungenfunktion	Ja	Nein
Wenn ja, bitte Fabrikat, Typ angeben:		
➤ Kann mit diesem Gerät die Fluss-/Volumen-Kurve gemessen werden?	Ja	Nein
➤ Ist eine laufende Registrierung und Auswertung möglich?	Ja	Nein

<ul style="list-style-type: none"> • Geräte zur Augenuntersuchung <p>Wenn ja, bitte Fabrikat, Typ angeben:</p>	Ja	Nein
--	----	------

Benennung eines Personenkreises, der arbeitsmedizinisch betreut werden soll

4. Erklärungen

- | | | |
|---|----|------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mit der Weitergabe meiner Daten an Auskunft erteilende Stellen (z.B. Ärztekammer, Ärztliche Stelle zur Qualitätssicherung nach Strahlenschutzverordnung, Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften etc.) bin ich einverstanden. | Ja | Nein |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mit der Veröffentlichung meiner Daten in der Liste der ermächtigten Ärztinnen/Ärzte auf der Internetseite des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg bin ich einverstanden. | Ja | Nein |
| <ul style="list-style-type: none"> • Von der Verpflichtung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich Kenntnis genommen. | Ja | Nein |

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen dem **Erstantrag** bei:

- | | | | |
|---|---|-------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kopie der Approbationsurkunde • Kopie der Facharztkunde (Arbeitsmedizin oder Betriebsmedizin) • Bescheinigung über Grundkurs im Strahlenschutz, • Bescheinigung über Spezialkurs für ermächtigte Ärztinnen/Ärzte im Strahlenschutz, • Bescheinigung über den Erwerb der Sachkunde | } | oder | Fachkundebescheinigung
(ggf. letzter Aktualisierungsnachweis) |
|---|---|-------------|--|

Beim **Verlängerungsantrag** ist ein Nachweis eines absolvierten Aktualisierungskurses der Fachkunde im Strahlenschutz einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Hinweise zur Datenverarbeitung:

Wir messen dem Datenschutz große Bedeutung bei. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten geschieht unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über die Ihnen zustehenden Rechte finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.hamburg.de/bjv/datenschutzhinweise/>. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen in Papierform.