

A. Allgemeiner Teil

1. Datum der Approbation*)

2. Führen/Besitzen Sie die

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Gebietsbezeichnung
„Arbeitsmedizin“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Zusatzbezeichnung
„Betriebsmedizin“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Fachkunde im Strahlenschutz für
ermächtigte Ärzte nach § 175 Abs. 1 Satz 2 StrISchV
(zu beantragen bei der für Sie zuständigen Ärztekammer,
bitte Nachweis beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*) Bitte Fotokopie der Urkunde beifügen!

3. Ärztliche Tätigkeiten:

3.1 Bisherige Tätigkeiten:

Krankenhaus / Institution	Abteilung	Tätigkeit (z.B. Assistenz-, Oberärztin/-arzt)	von	bis

3.2 Derzeitige Tätigkeit:

3.3 Seit wann sind Sie arbeitsmedizinisch tätig? Datum: _____

4. Besondere Fachkenntnisse:

4.1 Haben Sie Erfahrungen auf den Gebieten, für die Sie eine Ermächtigung beantragen? ja nein

Ergänzende Angaben:

4.2 Verfügen Sie über Kenntnisse der besonderen Arbeitsbedingungen? ja nein

Ergänzende Angaben:

5. Bedarfsnachweis

Für welche Betriebe sind ärztliche Überwachungen beruflich strahlenexponierter Personen durchzuführen?

Verordnung	Unternehmen/ Branche	Anzahl der ärztlich zu überwachenden Arbeitnehmer/-innen	zuständiger Unfallversicherungsträger

6. Führen Sie im Bedarfsfall Laboruntersuchungen selbst durch?

ja

nein

-falls nicht:

welche Praxis / welches Institut nehmen Sie in Anspruch?

Name, Anschrift:

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

7. Könnten Sie im Bedarfsfall Röntgenaufnahmen anfertigen?

ja

nein

-falls nicht:

welche Praxis / welches Institut nehmen Sie in Anspruch?

Name, Anschrift:

8. Verfügen Sie über folgende Geräte?

ja

nein

EKG mit Brustwandableitungen

Fahrradergometer und Defibrillator

Gerät zur Prüfung der Lungenfunktion

-falls ja:

Fabrikat, Typ

Kann mit diesem Gerät die Fluss-Volumen-Kurve gemessen werden?

Gerät zur Otoskopie

Pflichten

Im Zusammenhang mit diesem Antrag erkläre ich mich zur Übernahme folgender Pflichten bereit:

1. Durchführung der Untersuchungen auf der Grundlage der jeweiligen Verordnung
2. Dokumentation der Untersuchungsbefunde und –ergebnisse
3. Bei Inanspruchnahme von Fremdleistungen ist deren ordnungsgemäße Durchführung sicherzustellen und der zuständigen Behörde ggf. nachzuweisen. Die zusammenfassende arbeitsmedizinische Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist in jedem Fall persönlich vorzunehmen.
4. Über die Tätigkeit als ermächtigte(r) Ärztin/Arzt ist der zuständigen Behörde nach dem der Ermächtigung beigefügtem Muster **jährlich bis zum 31.03. des folgenden Jahres** zu berichten.
5. Sie sind **verpflichtet**, der zuständigen Behörde Änderungen der Ermächtigungsvoraussetzungen mitzuteilen, insbesondere
-Wechsel des Betriebsortes oder der ärztlichen Praxis,
-Beendigung der ärztlichen Berufsausübung,
-Verzicht auf die Ermächtigung
6. Bei den ärztlichen Untersuchungen ist die Richtlinie „Arbeitsmedizinische Vorsorge beruflich strahlenexponierter Personen durch ermächtigte Ärzte“ vom 18. Dezember 2003 (GMBI. Ausgabe Nr. 19/2004 Seite 350) bzw. derzeit gültige Fassung ist zu berücksichtigen.
7. Die Gesundheitsakte ist so lange aufzubewahren, bis die Person das 75. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte, mindestens jedoch 30 Jahre nach Beendigung der Wahrnehmung von Aufgaben als beruflich strahlenexponierte Person. Sie ist spätestens 100 Jahre nach der Geburt der überwachten Person zu vernichten (§ 175 Abs. 3 StrlSchV i. V. m. § 79 Abs. 3 StrlSchG).
8. Soweit gesundheitliche Bedenken bestehen, ist der zuständigen Behörde gem. § 79 Abs. 4 StrlSchV die ärztliche Bescheinigung zu übersenden.
9. Teilnahme an der Qualitätskontrolle medizinischer Laborleistungen nach den Richtlinien, die die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Physikalisch-Technischen-Bundesanstalt und den zuständigen Behörden aufgestellt hat. Bei Laboruntersuchungen, die extern durchgeführt werden können, ist darauf zu achten, dass nur solche Laboratorien in Anspruch genommen werden, die an der Qualitätskontrolle teilnehmen. Soweit durch die/den ermächtigte/n Ärztin/Arzt im Rahmen der ärztlichen Überwachung strahlenexponierter Personen Fremdleistungen in Anspruch genommen werden, bleibt diese/dieser hinsichtlich der arbeitsmedizinischen Beurteilung verantwortlich.
10. Teilnahme an geeigneten arbeitsmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel

Erklärung
zur Ermächtigung gem. § 175 der StrlSchV derzeit gültige Fassung

1. Hiermit erkläre ich, dass ich – nicht – Strahlenschutzbeauftragte/r-
Strahlenschutzverantwortliche/r bin,

2. dass ich keine, mir in meiner Eigenschaft als Strahlenschutz-
beauftragte/r/Strahlenschutzverantwortliche/r unterstellte Personen
oder andere, die in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis
stehen, untersuchen werde,

3. dass ich in meiner Eigenschaft als ermächtigte/r Ärztin/Arzt unabhängig
und weisungsfrei bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben und die Übereinstimmung der eingereichten Fotokopien mit den Originaldokumenten.

Hinweis nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

Die Daten werden aufgrund und zum Zweck des § 175 Strahlenschutzverordnung verarbeitet. Ausführliche Informationen zum Datenschutz im LIA finden Sie unter <https://www.lia.nrw.de/service/datenschutz/>.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine unten stehenden personenbezogenen Daten in einer Liste der

gemäß § 79 Abs. 1 Satz. 2 Nummer 9 Buchstabe a Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) vom 27 Juni 2017, i. V. m. § 175 StrlSchV vom 29.11.2018, in der derzeit gültigen Fassung

ermächtigten Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen (NRW) auf der **Internetseite des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen (LIA)** veröffentlicht werden:

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

JA

NEIN

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail _____

Ihre Einwilligung erteilen Sie freiwillig gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Sie kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Solange sie nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder Ihrem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile. Einen etwaigen Widerruf der Einwilligung richten Sie bitte per E-Mail an datenschutz@lia.nrw.de oder per Post an unsere Anschrift.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Hinweise zur Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung personenbezogener Daten

Durch die Veröffentlichung im Internet kann weltweit von jedermann auf die personenbezogenen Daten zugegriffen werden. Die Daten können über sogenannte „Suchmaschinen“ (z.B. Google) aufgefunden werden. Dritte könnten sie mit weiteren verfügbaren Daten verknüpfen und gegebenenfalls ein Persönlichkeitsprofil erstellen, die Daten verändern oder sie zu anderen Zwecken nutzen.

Über die Archivfunktion von Suchmaschinen (siehe bspw. www.archive.org) besteht die Möglichkeit, dass Daten auch dann noch abrufbar sind, wenn die Angaben von den Internetseiten des LIA bereits entfernt oder geändert wurden.