Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Antrag auf Ermächtigung zur Durchführung der ärztlichen Überwachung beruflich exponierter Personen

gemäß § 175 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

Absender

Landesdirektion Sachsen
Abteilung Arbeitsschutz und Marktüberwachung
Referat 53

09105 Chemnitz

1. Antragsgegenstand *

Hiermit beantrage ich

☐ **die Erstermächtigung gemäß § 175 StrlSchV zur Durchführung der ärztlichen Überwachung beruflich exponierter Personen**
gemäß §§ 77, 78, 79 und 81 der StrlSchV, auch in Verbindung mit §§ 151, 158 Abs. 3, § 165 Abs. 1 oder § 166 Abs. 1 sowie § 143 Abs. 1 der StrlSchV

☐ **die Folgeermächtigung gemäß § 175 StrlSchV zur Durchführung der ärztlichen Überwachung beruflich exponierter Personen**
gemäß §§ 77, 78, 79 und 81 der StrlSchV, auch in Verbindung mit §§ 151, 158 Abs. 3, § 165 Abs. 1 oder § 166 Abs. 1 sowie § 143 Abs. 1 der StrlSchV

2. Antragsteller *

Akademischer Grad/Titel | Name Vorname | Geburtsdatum

2.1 Privat-Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ | Ort | Telefon

2.2 Praxis-/Dienststellen-Anschrift

Bezeichnung

Straße und Haus-Nr.

PLZ | Ort

Telefon dienstl. | E-Mail dienstl.

Speichern ... | Drucken ... | Löschen ...

smwa_as_erm_rv
Stand: 11.08.2026

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

3. Ärztliche Approbation *

Datum des Erwerbs: (Bitte Kopie der gültigen Approbation beifügen)

4. Ärztliche Tätigkeit *

☐ **Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin**
(Bitte Kopie der gültigen Gebietsbezeichnung beifügen)

☐ **Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin**
(Bitte Kopie der gültigen Zusatzbezeichnung beifügen)

☐ **Approbierter Arzt oder Person mit Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes**
(Bitte Kopie der jeweiligen gültigen Nachweise beifügen)

☐ **Arzt mit nachgewiesener min. vollzeitäquivalenter 12-monatiger Tätigkeit in einem für die ärztliche Überwachung relevantem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung**
(Bitte Kopie der jeweiligen gültigen Nachweise beifügen)

☐ **Arzt mit Fachkunde im Strahlenschutz für das Gesamtgebiet Röntgendiagnostik, Strahlentherapie oder Nuklearmedizin**
(Bitte Kopie der jeweiligen gültigen Nachweise beifügen)

☐

5. Nachweise *

Bei erstmaliger Ermächtigung

☐ **Nachweis der Fachkunde (§ 47 Absatz 1 StrlSchV)**
Bescheinigung der Sächsischen Landesärztekammer über den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz für die Ärztliche Überwachung nach §§ 77, 78, 79 StrlSchV sowie für die besondere ärztliche Überwachung nach § 81 StrlSchV auch in Verbindung mit §§ 151, 158 Abs. 3, § 165 Abs. 1 oder § 166 Abs. 1 und ferner für die Untersuchung nach § 143 Abs. 1 StrlSchV
(Bitte beglaubigte Kopie oder Original beifügen)

Bei Antrag auf Folgeermächtigung

☐ **Nachweis der Aktualisierung der Fachkunde (§ 48 Absatz 1 StrlSchV)**
Kurs zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
(Bitte Kopie beifügen)

Hinweis
Seit dem 1. Januar 2024 gelten die Fachkundeanforderungen des Richtlinienmoduls „Erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz für die ärztliche Überwachung - Voraussetzung für die Ermächtigung von Ärzten nach § 175 Abs. 1 Satz 1 StrlSchV" vom 24. Oktober 2023 (GMBl46/2023)

Speichern ... Drucken ... Löschen ...

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

6. Laboruntersuchungen/Funktionstests *

6.1 Wo werden die Laboruntersuchungen durchgeführt? ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

6.2 Wo werden folgende Funktionstests durchgeführt?

EKG mit Brustwandableitungen ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

Ergometrie ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

Spirometrie (inkl. Messung Fluss-Volumen-Kurve) ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

Otoskopie ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

Audiometrie ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

Sehtest einschließlich Prüfung der Farbtüchtigkeit ☐ intern ☐ extern

Falls extern, Name und Anschrift der Einrichtung

6.3 Augenärztliche Untersuchung

Überprüfung einer Augenlinsentrübung mittels Spaltlampe ☐ intern ☐ extern

Name und Anschrift der Einrichtung

7. Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link www.lds.sachsen.de/datenschutz sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

8. Anlagen

Anlage 1: **Einwilligung zur Veröffentlichung nach der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)**

☐ Die Einwilligung zur Veröffentlichung liegt bei.

Anlage 2: **Kostenübernahmeerklärung durch den Arbeitgeber**

☐ Die Kostenübernahmeerklärung durch den Arbeigeber liegt bei.

Datum/Ort *

Unterschrift/Stempel

Speichern ... Drucken ... Löschen ...