|  |
| --- |
| Praxisadresse (Praxisstempel): |
|  |
|

An das

[Regierungspräsidium](https://phb.lzk-bw.de/PHB-CD/QM-Anhang/Adressen/Regierungspraesidien.docx)

Referat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

## **Änderungsmitteilung gemäß § 70 Strahlenschutzgesetz Abs. 4 (StrlSchG)**

1. **Name/n der/des Strahlenschutzverantwortlichen / Praxisinhabers/-in**

**Vor- und Zuname**

**Vor- und Zuname**

1. **Änderung des Status Strahlenschutzbeauftragte/r von** **Frau/Herr**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  | Geburtsort |  |

**[ ]  Änderungen der Aufgaben und Befugnisse (s. Ziffer 3 - 5)**

**[ ]  Ausscheiden des/der Strahlenschutzbeauftragten in seiner Funktion, zum      .**

1. **Geänderte Aufgaben der/des Strahlenschutzbeauftragte/n:**

1. **Geänderte Angaben zum innerbetrieblichen Entscheidungsbereich:**

1. **Geänderte Erforderliche Befugnisse zur Aufgabenwahrnehmung:**

Ort, den Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Unterschrift

Strahlenschutzverantwortlicher Strahlenschutzbeauftragter

**Hinweis:**

Der zuständigen Behörde sind Änderungen gemäß § 70 Abs. 4 StrlSchG mitzuteilen:

* Die Bestellung von Strahlenschutzbeauftragten,
* Änderungen der Aufgaben und Befugnisse und
* das Ausscheiden eines Strahlenschutzbeauftragten aus seiner Funktion.