**Informationen zum Zutritt für Betreuungs- und Begleitpersonen
gemäß § 124 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)**

Der Zutritt des Kontrollbereichs wird Personen, außer dem Praxispersonal, nur dann gewährt, wenn diese gemäß § 55 StrlSchV als Betreuungs- oder Begleitpersonen erforderlich sind und eine zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs berechtigte Person, welche die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt zugestimmt hat.

**Betreuungs- oder Begleitperson:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Geburtsdatum** |  | Geburtsort |  |
| **Schwangerschaft** | **ja:** [ ] **nein:** [ ]  |

Sie begleiten und/oder betreuen eine zu behandelnde Person bei einer zahnärztlichen Behandlung. Heute sind eine oder mehrere Röntgenuntersuchungen vorgesehen. Wenn es Ihnen und Wählen Sie ein Element aus. verantwortlichen Wählen Sie ein Element aus. sinnvoll erscheint, können Sie der zu behandelnden Person dadurch helfen, dass Sie sich während der Aufnahme mit im Raum befinden um z.B. den Kopf stützen.

Eine sehr geringe Mitbestrahlung durch den Einsatz der im Niedrigdosisbereich agierenden, zahnärztlichen Röntgengeräte kann dabei nicht völlig ausgeschlossen werden. Der dabei mögliche Dosiswert für Sie als Betreuungs- oder Begleitperson \*) wurde für diese Geräte überprüft und liegt an der unteren Grenze der Messbarkeit (siehe z.B. Empfehlungen der Strahlenschutzkommission vom 13./14.12.2018 und Veröffentlichung des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg). Der Wert liegt in jedem Fall weit unterhalb der natürlichen Strahlung, die jeden Tag aus dem Weltall, aus Gesteinen, Baumaterialien und auch aus der Nahrung auf uns alle einwirkt. Wählen Sie ein Element aus. und weiteres fachkundiges Personal werden Ihnen geeignete weitere Maßnahmen, wie Bleischürzen und die für Sie am besten geeignete Position im Röntgenraum erläutern, um den Wert noch weiter zu verringern.

Ihre Mithilfe bei der Röntgenuntersuchung ist nach dem Strahlenschutzgesetz geregelt und zulässig, wenn Sie zuvor über die möglichen Gefahren einer Strahlenexposition schriftlich informiert wurden. Auf Wunsch können Sie auch gern einen Abdruck dieses Merkblattes erhalten.

Die StrlSchV (§§ 122, 124) sieht vor, dass Ihre persönliche Strahlendosis so gering wie möglich gehalten wird und dass Sie uns vor Ihrer Mithilfe bestätigen über die geschilderten Sachverhalte aufgeklärt worden zu sein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich als Betreuungs- oder Begleitperson über die möglichen Wirkungen von Röntgenstrahlung bei zahnärztlichen Röntgenaufnahmen aufgeklärt worden zu sein.

Ort, Datum Ort, Datum

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

Unterschrift Unterschrift

Wählen Sie ein Element aus. Betreuungs- oder Begleitperson