

**Röntgenbus - Anmeldung**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Röntgenbus - Anmeldung** |
| **Allgemeine Information** | |
|  | [Weiterführende Hinweise zu Ko](http://www.noe.gv.at/roebusinfo)sten und organisatorischen Details finden sie unter |
| <http://www.noe.gv.at/roebusinfo>. | |
|  | [Es dürfen nur Personen, bei de](http://www.noe.gv.at/roebusinfo)nen eine Indikation für ein Lungenröntgen besteht, sowie |
| Angehörige einer Zielgruppe, untersucht werden. Der Einsatztermin wird spätestens drei | |
| Wochen vor dem Einsatz bekannt gegeben. | |
|  | **Empfangsstelle** |
|  | Amt der NÖ Landesregierung |
| Abteilung Gesundheitsweisen | |
| Landhausplatz 1 | |
|  | 3109 St. Pölten |
| Telefon[: 02742/9005](mailto:post.gs2-tuberkulose@noel.gv.at) | |
|  | E-Mail: [gs1-tuberkulose@noel.gv.at](mailto:gs1-tuberkulose@noel.gv.at) |

**Antrag**

Es wird der Einsatz des Röntgenbusses de[s Landes Niederösterreichs ang](http://www.noe.gv.at/roebusinfo)efordert und wir erklären uns mit den Einsatzbedingungen (<http://www.noe.gv.at/roebusinfo>) einverstanden.

**Betrieb/Institut**

Betrieb/Institut **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansprechperson **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse**

Straße **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausnummer \*

\_\_\_\_\_

bis

\_\_\_\_\_

Stiege

\_\_\_\_\_

Tür

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

**\***

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

Ort

**\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktdaten**

Telefon \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grund der Anforderung**

Anforderungsgrund 1. Umgebungsuntersuchung

2. Reihenuntersuchung gemäß Reihenuntersuchungsverordnung

3. Aktive Fallfindung (ärztliche Anforderung erforderlich)

4. Andere Gesetze oder Erlässe

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

GH-L3AL-GS2-RB-P Seite 1 von 3 v2.0 vom 08.2018

**Aufstellungsort/Personenanzahl/Terminwunsch**

Voraussichtliche Personenanzahl **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aufstellungsort (möglichst genaue Angabe)**\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terminwunsch (bevorzugter Wochentag, Vor- oder Nachmittag) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Voraussetzungen**

Aufstellungsplatz (möglichst eben, mindestens 20 x 3m) **\*** ja nein

Stromanschluss (400 V, 32 A)

**\***

**\***

ja

nein

Schreibkraft (mit EDV-Kenntnissen)

**\***

ja

nein

Reinigungskraft

**Zustimmung**

**\***

ja

nein

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

|  |
| --- |
| **Anforderung durch Betriebs-, Gemeindeärztin/arzt (jedenfalls bei aktiver** |
| **Fallfindung)** |

Vorname

**\***

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

Familienname

**\***

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

Telefon

E-Mail

**\***

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

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

**Allgemeine Hinweise**

|  |
| --- |
| **Datenschutz** |
| **Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO** |
| Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von |
| Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. |
| Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als |
| betroffene Person einer Datenverarbeitung [sowie zum Beschwerderech](http://www.noe.gv.at/datenschutz)t bei der |
| Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.noe.gv.at/datenschutz](http://www.noe.gv.at/datenschutz) abrufbar. |

GH-L3AL-GS2-RB-P Seite 2 von 3 v2.0 vom 08.2018

|  |
| --- |
| **Übermittlung** |
| Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, |
| wenn nötig unterschriebene, Formular über das Online-Formular „Allgemeines Anbringen“ hoch. |
|  |
| Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch! |

**Unterschrift - Betriebsverantwortlicher**

Datum, Unterschrift

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

(entfällt bei digitaler Signatur)

**Unterschrift – Ärztin/Arzt**

Datum, Unterschrift

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

(entfällt bei digitaler Signatur)

GH-L3AL-GS2-RB-P Seite 3 von 3 v2.0 vom 08.2018