



AMT FÜR VOLKSWIRTSCHAFT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Nr.

Bewilligungsgesuch für den Umgang mit ionisierender Strahlung

Gemäss Strahlenschutzgesetz vom 21. Oktober 2010 sowie die Vereinbarung zwischen der Regierung des Fürstentum Liechtenstein und dem Schweizerischen Bundesrat betreffend die Zusammenarbeit im Bereich des Strahlenschutzes vom 01. Dezember 2010

Für den Betrieb von medizinischen Röntgenanlagen sind besondere Formulare zu verwenden.

Im Doppel einzureichen beim Amt für Volkswirtschaft Arbeitsinspektorat Postfach 684 9490 Vaduz Tel. 236 64 53		
---	--	--

Sehr geehrte Gesuchstellerin,
Sehr geehrter Gesuchsteller

Wir bitten Sie, das Gesuch sorgfältig durchzulesen und zu den einzelnen Punkten vollständige Angaben zu machen. Sie beschleunigen dadurch die Bearbeitung Ihres Gesuches und ersparen uns Rückfragen.

1

Name/Firma,	Email
Adresse	Tel / Fax /
PLZ, Ort	
(für ausländische Gesuchsteller oder falls abweichend von der Gesuchstelleradresse): Zustelladresse in Liechtenstein	
Name	Adresse
PLZ, Ort	Tel / Fax /
Email	

Besitzen Sie bereits eine Bewilligung für den Umgang mit ionisierender Strahlung?

nein ja

Bewilligungsnummer

Ist Ihr Betrieb bereits bei der Suva registriert?

nein ja

Betriebsnummer / UID

Sind mögliche Schäden durch ionisierende Strahlung in der Haftpflichtversicherung des Betriebs eingeschlossen ?

nein ja

2

Personalien und Qualifikation der mit dem Strahlenschutz beauftragten sachverständigen Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
Heimatort (Ausländer: Geburtsort, Nationalität)		
Beruf (genaue Bezeichnung der Ausbildung)		Email
Stellung im Betrieb	Strahlenschutzausbildung absolviert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsstelle	Kursbezeichnung/Prüfungsdatum	
Tel		

3

Allgemeine Angaben

Ist das Personal beruflich strahlenexponiert? nein ja Dosimetriestelle

Wenden Sie radioaktive Stoffe/Anlagen am Menschen an? nein ja Wenn ja: Therapie Diagnostik

Wenn ja:
Personalien der/des für die Anwendung
am Menschen verantwortlichen Ärztin/Arztes

Name	Titel	Tel	Email
Vorname		Eidg. Arztdiplom, Jahr	
Ausl. Arztdiplom		Eidg. Weiterbildungstitel	
Vom BAG anerkannte Prüfung		Andere (ausländische) Ausbildung	

4

Beabsichtigte Tätigkeiten und Zweck
(möglichst genaue Umschreibung
unter Punkt 8 Mitteilungen aufführen)

Art des Umgangs				
<input type="checkbox"/> Wartung / Service	<input type="checkbox"/> Verwendung / Betrieb	<input type="checkbox"/> Handel	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Einfuhr	<input type="checkbox"/> Ausfuhr	<input type="checkbox"/> Kontrollen / Messungen	<input type="checkbox"/> weitere	
<input type="checkbox"/> Vermittlung / Einsatz von Personal in KKW oder anderen kontrollierten Zonen _____				

Erläuterungen zu Punkt 5 bis 7

- Wenn Sie offene radioaktive Strahlenquellen einsetzen wollen, tragen Sie die Angaben unter Punkt 5 ein.
- Wenn Sie geschlossene (gekapselte) radioaktive Strahlenquellen einsetzen wollen, tragen Sie die Angaben unter Punkt 6 ein.
- Wenn Sie Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen einsetzen wollen, tragen Sie die Angaben unter Punkt 7 ein.
- Wenn Sie mit medizinischen Anlagen handeln und diese einrichten, bzw. warten und auf ihren Zustand prüfen wollen, tragen Sie die Angaben unter Punkt 7 ein.
- Wenn Sie ausschliesslich radioaktive Stoffe auf öffentlichen Strassen transportieren wollen, genügen die unter Punkt 1 bis 4 gemachten Angaben.
- Wenn Sie ausschliesslich Personen für den Einsatz in Kernanlagen vermitteln, oder dort einsetzen, genügen die unter Punkt 1 bis 4 gemachten Angaben.

Angaben zu offenen radioaktiven Strahlenquellen

Nuklid	Höchstmenge der Aktivität in Arbeit oder pro Tag umgesetzt	Höchstmenge der Aktivität in Vorrat/an Lager	Voraussichtlicher Jahresumsatz	Anwendung am Menschen	
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.

	Lager	Arbeitsbereich	Lager Radioaktive Abfälle	Andere Bereiche
Gebäude				
Raumbezeichnung				
Lagerstelle				

Arbeitsbereiche (Labor) Typ A B C

Angaben zu geschlossen (gekapselten) radioaktiven Strahlenquellen (z. B. eingebaut in Apparaten, Anlagen und Gegenständen, Eichquellen)

Anzahl	Nuklid	Aktivität pro Quelle	ISO/DIN Klassifikation, Datum	Apparat, Gegenstand, Anlage	Quellenbehälter	Anwendung am Menschen	
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.

Hersteller	Lieferant	Montageort (Maschine, Tank, Silo)	Standort, Gebäude	Raumbezeichnung

Ortsveränderlicher, mobiler Einsatz? nein ja

Lagern Sie diese radioaktiven Stoffe? nein ja Lagerort

Bestrahlungsraum vorhanden? nein ja

Konzept nach Ablauf der Gebrauchsdauer vorhanden?

nein ja

7

Angaben zu Anlagen für die Erzeugung ionisierender Strahlen

Anzahl	Art der Anlage (Röntgen, Beschleuniger, etc.)	Fabrikat	Baujahr	max. Betriebswerte		Anwendung am Menschen	
				kV/mA	MeV		
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.
						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Diagnost. <input type="checkbox"/> Therap.

Hersteller	Installations-Firma	Lieferant	Standort der Anlage

Bestrahlungsraum vorhanden?

nein ja

Ortsveränderlicher, mobiler Einsatz?

nein ja

Betreiben Sie diese Anlagen in Ihren Räumlichkeiten?

nein ja

Standort

8

Die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller bescheinigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift

Mitteilungen

Beilagen:

1. Betriebsinterne Weisung für den Strahlenschutz

2. Strahlenschutzpläne der vorgesehenen (baulichen) Massnahmen

3. Technische Beschreibung von Anlagen und Geräten die radioaktive Strahlenquellen enthalten

4. Nachweise/Diplome von Strahlenschutzausbildungen des Sachverständigen

5.