

**Anzeige für den Betrieb von Anlagen zur Anwendung nichtionisierender Strahlung am Menschen zu kosmetischen oder sonstigen nichtmedizinischen Zwecken nach § 3 Absatz 3 der Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV)**

Bezirksregierung Arnsberg  
Dezernat 21 NiSV  
Seibertzstraße 1  
59821 Arnsberg

Für jede Anlage bitte ein eigenes  
Anzeigeformular verwenden!

Die Anzeige ist spätestens zwei Wochen vor Inbetriebnahme einer Anlage ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail an [Strahlenschutz21@bra.nrw.de](mailto:Strahlenschutz21@bra.nrw.de) oder per Post an die o.g. Adresse zuzusenden.

Der Anzeige ist ein Nachweis beizufügen, dass die Personen, die die Anlage anwenden, über die erforderliche Fachkunde verfügen.

**Hauptstandort der Firma/des Betriebs:**

Name der Firma	
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort

Sofern die Anlage beispielsweise in einer Filiale/Zweigstelle betrieben werden soll, bitte hier die abweichende Adresse vom Hauptstandortes der Firma/des Betriebs angeben:

Name der Firma	
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort

**Angabe zu Geschäftsführer/in oder Inhaber/in (Kontaktaufnahme für Nachfragen):**

Vorname/Nachname	
Telefonnummer	E-Mail

**Art der Anlage** oder des Kombinationsgerätes nach § 2 Absatz 1 NiSV:

<input type="checkbox"/> <b>Kombinationsgerät</b> (bitte in diesem Fall alle zur Verfügung stehenden Komponenten und Wirkungsweisen ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> <b>Ultraschallgerät</b>	<input type="checkbox"/> <b>Magnetfeldgerät</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hochfrequenzgerät</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gleichstromgerät</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lasereinrichtung</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Niedrigfrequenzgerät</b>	<input type="checkbox"/> <b>intensive Lichtquellen</b>	

**Beschreibung der Anlage:**

Bezeichnung (Modell, Typ, Baujahr)
Name des Herstellers
Seriennummer/Serial No. (Typenschild)
Aufstellungsort (welcher Raum/mobil)

**Verwendungszweck und Anwendung der Anlage:**

Bitte beschreiben Sie die beabsichtigten Anwendungen, die Sie mit der Anlage durchführen:
Fällt eine oder mehrere Anwendungen unter den Arztvorbehalt? (vgl. Checkliste) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Checkliste Anwendungen:**

Welche Anwendungen werden durchgeführt?	nein	Ja <sup>1</sup>
• Ablative Laseranwendungen (Abtragung von Gewebeschichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anwendungen, bei denen die Integrität der Epidermis (Oberhaut) als Schutzbarriere verletzt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlung von Gefäßveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlung pigmentierter Hautveränderungen (z.B. Leberflecke, Muttermale, Altersflecke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entfernung von Tätowierungen oder Permanent-Makeup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anwendungen mit optischer Strahlung, deren Auswirkungen nicht auf die Haut und ihre Anhangsgebilde beschränkt ist (z.B. Fettgewebereduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Thermische Gewebekoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anwendungen zur thermischen Fettgewebereduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stimulation des zentralen Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Diese Tätigkeiten dürfen nur von approbierten Ärztinnen oder Ärzten mit entsprechender ärztlicher Weiterbildung oder Fortbildung ausgeübt werden (§ 5 Abs. 2, § 6 Abs. 2, § 7 Abs. 2, § 8, § 9 Abs. 2 NiSV).

Bei der Anwendung von Ultraschallgeräten an schwangeren Personen zu nichtmedizinischen Zwecken darf ein Fötus nicht exponiert werden, z.B. "Babykino" (§ 10 NiSV).

### Angaben zu den anwendenden Personen und den Nachweisen:

Aus den Tabellen in [Anlage 3](#) Teil A Nummer 1 und 2 NiSV ist ersichtlich, welche Fachkunde-Module für den Erwerb welcher Fachkunde benötigt werden.

**GK** (oder Nachweis der Gleichwertigkeit mit Fachkunde - Modul Teil B)

**OS** - Optische Strahlung

**US** - Ultraschall

**EK** - EMF (Hochfrequenzgeräte) in der Kosmetik

**ES** - EMF (Niedrigfrequenz-, Gleichstrom- und Magnetfeldgeräte) zur Stimulation

Name, Vorname	Folgende Nachweise sind beigefügt:

**Hinweis:** Hiermit bestätige ich, dass ich insbesondere über die in § 3 Absatz 1 bis 4 NiSV (Allgemeine Anforderungen an den Betrieb) genannten Aufklärungs- und Dokumentationspflichten informiert bin. Mir ist bekannt, dass sich bei Zuwiderhandlungen im Sinne des § 12 NiSV Rechtsfolgen ergeben.

Ort, Datum	Unterschrift der Betreiberin/des Betreibers
------------	---