

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 Düsseldorf
Dezernat 21 NiSV
Am Bonnhof 35
40474 Düsseldorf

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 Dez21.NiSV@brd.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 Hauptstandort 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"/> Kombinationsgerät (bitte in diesem Fall alle zur Verfügung stehenden Komponenten und Wirkungsweisen ankreuzen) | | |
| <input type="checkbox"/> Ultraschallgerät | <input type="checkbox"/> Magnetfeldgerät | <input type="checkbox"/> Hochfrequenzgerät |
| <input type="checkbox"/> Gleichstromgerät | <input type="checkbox"/> Lasereinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Niedrigfrequenzgerät | <input type="checkbox"/> intensive Lichtquellen | |

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 ¹ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • 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"/> |

¹ Diese Tätigkeiten dürfen nur von approbierten Ärztinnen oder Ärzten mit entsprechender ärztlicher Weiterbildung oder Fortbildung ausgeübt werden (§ 5 Abs. 2, § 6 Abs. 2, § 8 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 |
|------------|---|