

Absender (z.B. Unternehmensstempel)	Anzeige für den Betrieb von Anlagen zur Anwendung nichtionisierender Strahlung am Menschen zu kosmetischen oder sonstigen nichtmedizinischen Zwecken Anzeige nach § 3 Absatz 3 NiSV
Bei einer gewünschten Anzeige von mehr als einer Anlage bitte ein Formular je Anlage ausfüllen!	

1. Angaben des Betreibers (Fachkunden sind erst ab 31.12.2021 verpflichtend beizufügen)

	Name des Betriebes:	
	Straße mit Hausnummer :	
	Postleitzahl und Ort :	
1a. Es handelt sich um eine abweichende Adresse des Hauptstandortes der Firma/ des Betreibers (z.B. eine Filiale, Zweigstelle)?		
	Ja	Nein

2. Angaben zu Geschäftsführer/in oder Inhaber/in (für die Kontaktaufnahme bei Nachfragen)

	Name:	
	Vorname:	
	Telefonnummer:	
	E-Mail-Adresse:	

3. Art der Anlage oder des Kombinationsgerätes nach § 2 Absatz 1 NiSV
 Bei Kombinationsgeräten bitte alle Komponenten bzw. Wirkungsweisen angeben, die bei dem Gerät zur Verfügung stehen! (Im Zweifelsfall erfragen Sie diese Information beim Hersteller der Anlage/des Gerätes)

	Ultraschallgerät		Hochfrequenzgerät
	Lasereinrichtung		Niederfrequenzgerät
	Intensive Lichtquelle		Gleichstromgerät
	Magnetfeldgerät		

3a. Verwendungszweck und Anwendungen der Anlage
 Bitte beschreiben Sie die beabsichtigten Anwendungen, die Sie mit der Anlage durchführen

Fällt eine oder mehrere Anwendungen unter den Arztvorbehalt? (vgl. Checkliste S. 2)	Ja	Nein

3b. Beschreibung der Anlage * Diese Angaben finden Sie auf dem Typenschild

	Bezeichnung* (Modell, Typ, ggf. Baujahr):	
	Hersteller*:	
	Seriennummer/Serial No.*:	
	Aufstellungsort: (z.B. Raum/mobil)	

Ort, Datum	Unterschrift des Betreibers
------------	-----------------------------

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"/>

¹Hinweis! 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)

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