

Bitte öffnen Sie das PDF-Dokument mit einem PDF-Reader. Alternativ können Sie das Dokument ausdrucken und manuell ausfüllen. Ihre zuständige Meldebehörde finden Sie unter dem diesem [Link](#).

Absender	Anzeige für den Betrieb von Anlagen zur Anwendung nichtionisierender Strahlung am Menschen zu kosmetischen oder sonstigen nichtmedizinischen Zwecken
	Anzeige nach § 3 Absatz 3 NiSV
Zuständige Meldebehörde:	E-Mail der zuständigen Meldebehörde:
Abteilung:	Fax-Nummer der zuständigen Meldebehörde:
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
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. Handelt es sich um eine abweichende Adresse des Hauptstandortes der Firma / des Betreibers (z. B. eine Filiale, Zweigstelle)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 <u>alle</u> Komponenten bzw. Wirkungsweisen angeben, die bei dem Gerät zur Verfügung stehen! (Im Zweifelsfall erfragen Sie diese Information beim Hersteller der Anlage/des Gerätes)	
<input type="checkbox"/> Ultraschallgerät	<input type="checkbox"/> Hochfrequenzgerät
<input type="checkbox"/> Lasereinrichtung	<input type="checkbox"/> Niederfrequenzgerät
<input type="checkbox"/> Intensive Lichtquelle	<input type="checkbox"/> Gleichstromgerät
<input type="checkbox"/> 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 Seite 2)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3b. Beschreibung der Anlage	
Bezeichnung* (Modell, Typ, ggf. Baujahr):	
Hersteller*:	
Seriennummer/Serial No.*:	
Aufstellungsort (z. B. Raum/mobil):	

*Diese Angaben finden Sie auf dem Typenschild

Ort, Datum	Unterschrift des Betreibers

Checkliste Anwendungen

Welche Anwendungen werden durchgeführt?	Nein	Ja**
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"/>

** Hinweis – Diese Tätigkeiten dürfen nur von approbierten Ärzten / Ärztinnen mit entsprechender ärztlicher Weiterbildung oder Fortbildung ausgeübt werden. (§ 5 Abs. 2, § 6 Abs. 2, § 8 NISV)