

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](#).

<b>Absender</b>	<b>Anzeige für den Betrieb von Anlagen zur Anwendung nichtionisierender Strahlung am Menschen zu kosmetischen oder sonstigen nichtmedizinischen Zwecken</b>  Anzeige nach § 3 Absatz 3 NiSV
Zuständige Meldebehörde:  Abteilung:  Straße, Nr.:  PLZ, Ort:	E-Mail der zuständigen Meldebehörde:  Fax-Nummer der zuständigen Meldebehörde:
Bei einer gewünschten Anzeige von <b>mehr als einer Anlage</b> bitte <b>ein Formular je Anlage</b> ausfüllen!	

<b>1. Angaben des Betreibers</b> (Fachkunden sind erst ab 31.12.2021 verpflichtend beizufügen)	
Name des Betriebes:	
Straße mit Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
<b>1a. Handelt es sich um eine abweichende Adresse des Hauptstandortes der Firma / des Betreibers (z. B. eine Filiale, Zweigstelle)?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>	

<b>2. Angaben zu Geschäftsführer/in oder Inhaber/in</b> (für die Kontaktaufnahme bei Nachfragen)	
Name:	
Vorname:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

<b>3. Art der Anlage oder des Kombinationsgerätes nach § 2 Absatz 1 NiSV</b> 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	

<b>3a. Verwendungszweck und Anwendungen der Anlage</b> 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 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>	

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

\*Diese Angaben finden Sie auf dem Typenschild

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift des Betreibers</b>

### 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)