

Wytyczne do projektu osłon radiologicznych

Stern Weber Polska
Spółka z o. o.
Ul. Kosmatki 26
03-982 Warszawa
NIP: 113-008-75-37



1. DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (DANE INWESTORA/SIEDZIBA FIRMY)

Pełna nazwa

.....

Ulica z numerem

Kod pocztowy

Miasto

Numer NIP

2. DANE KONTAKTOWE (KORESPONDENCYJNE)

Imię Nazwisko/Nazwa

Ulica z numerem

Kod pocztowy

Miasto

Tel. kontaktowy

Adres e-mail

3. ADRES GABINETU (MIEJSCE LOKALIZACJI APARATU RTG)

Nazwa gabinetu

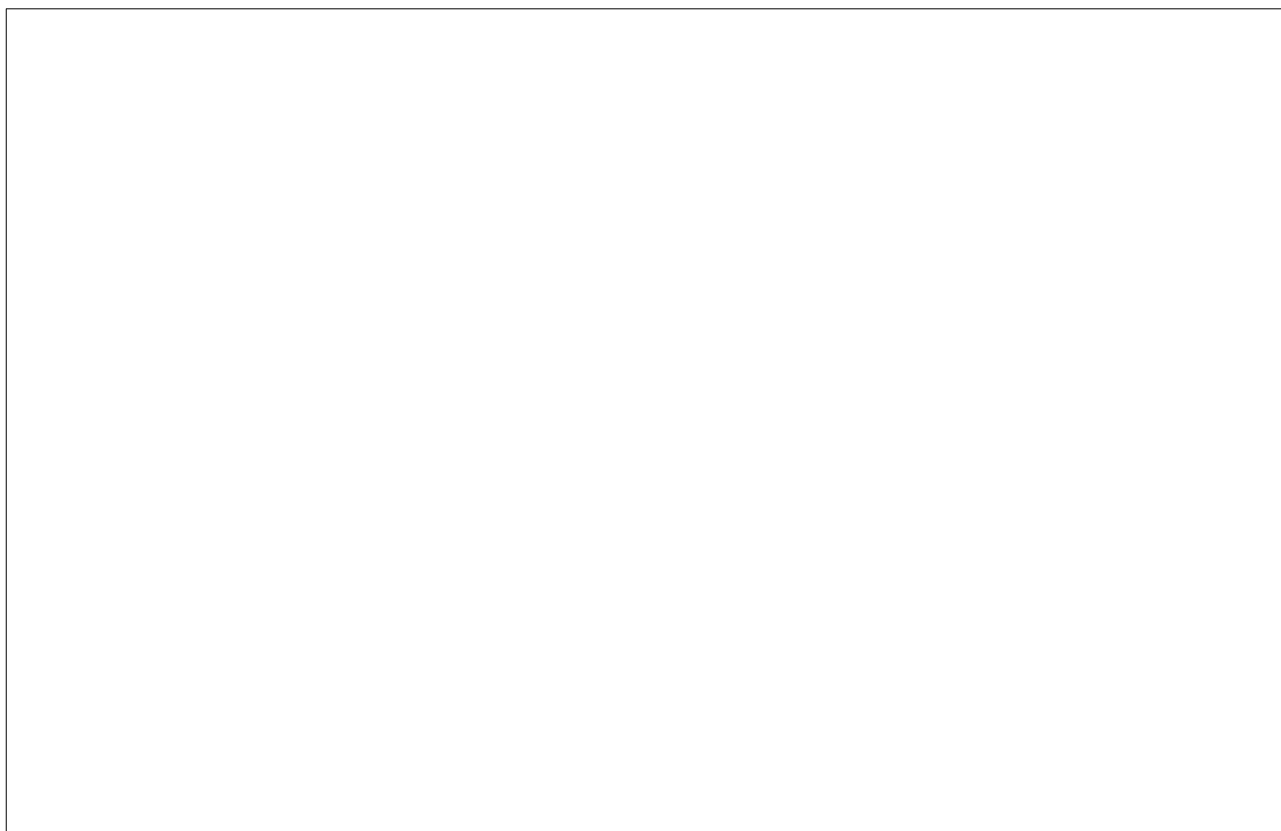
Ulica z numerem

Kod pocztowy

Miasto

Wytyczne do projektu osłon radiologicznych

4. SZKIC GABINETU Z USYTUOWANIEM APARATU RTG



W przypadku gabinetu stomatologicznego na rysunku proszę zaznaczyć usytuowanie fotela z podaniem odległości zagłówka od najbliższych ścian lub zaznaczenie punktu przyłączeniowego unitu. Literami należy zaznaczyć rogi pomieszczenia. Dla każdego gabinetu wypełnić oddzielnie.

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE ISTNIEJĄCYCH (PROJEKTOWANYCH) OSŁON

<i>Lp.</i>	<i>Osłona</i>	<i>Rodzaj materiału z którego wykonana jest (lub będzie) osłona / ściana</i>	<i>Grubość osłony (mm)</i>	<i>Co znajduje się bezpośrednio za osłoną?</i>
1	Podłoga (strop dolny)			
2	Sufit (strop górny)			
3	Ściana A-B			
4	Ściana B-C			
5	Ściana C-D			
6	Ściana D-E			
7	Ściana E-...			
8	Ściana ...-...			
9	Ściana ...-...			

Wytyczne do projektu osłon radiologicznych

6. OKNA I DRZWI

<u>Otwór</u>	<u>Wysokość parapetu od poziomu gruntu w cm (jeśli gabinet znajduje się na parterze)</u>
Okno 1	.....
Okno 2	.....
<u>Otwór</u>	<u>Rodzaj materiału z którego wykonana jest stolarka drzwiowa</u>
Drzwi 1	.....
Drzwi 2	.....

7. LOKALIZACJA I OPIS GABINETU

Umiejscowienie gabinetu*	piwnica, parter, I-piętro, II-piętro, inne.....
Typ lokalu*	budynek mieszkalny, budynek usługowy, bud. usługowo-mieszkalny, szpital, centrum medyczne, przychodnia lekarska, inne
Powierzchnia gabinetu (m)	.....
Wysokość gabinetu (m)	.....
Wentylacja*	grawitacyjna, mechaniczna,

8. CZAS PRACY GABINETU

<u>Dzień tygodnia</u>	<u>Godzina rozpoczęcia pracy</u>	<u>Godzina zakończenia pracy</u>
Poniedziałek
Wtorek
Środa
Czwartek
Piątek
Sobota
Niedziela

9. SZACUNKOWA ILOŚĆ BADAŃ W OKRESIE TYGODNIOWYM

Ilość dni pracujących	.....
Dzienna ilość ekspozycji	.....
Łączna suma ekspozycji w ciągu tygodnia	.....

Wytyczne do projektu osłon radiologicznych

10. DANE APARATU RTG ORAZ RODZAJ OBRAZOWANIA

Rodzaj aparatu*	Punktowy, pantomograf, tomograf, CEPH,
Model aparatu	.....
Producent	.....
Rodzaj obrazowania*	Analogowe, cyfrowe, płytki fosforowe

11. MIEJSCE OPERATORA APARATU RTG (MIEJSCE WYKONYWANIA EKSPOZYCJI)

- a) za osłoną wykonaną z grubości.....
b) za parawanem ochronnym grubościmm Pb.
c) w sterowni

Wypełniony poniższy formularz należy przesłać w wersji elektronicznej na adres:

mariusz.bozek@sternweber.pl

Kontakt telefoniczny:

- 887700005

- 224399558

(*) - w polach zaznaczonych gwiazdką właściwą odpowiedź należy podkreślić

Do korespondencji należy dołączyć:

- zwymiarowany rzut pomieszczeń kondygnacji, na której znajduje się gabinet (w przypadku dużych powierzchni rzut gabinetu wraz z pomieszczeniami przyległymi) w formacie dwg (akceptowane również formaty: pdf, png, jpg z zachowaną skalą)
- rzut pomieszczeń gabinetu z projektu budowlanego
- fragment projektu budowlanego z opisem konstrukcji ścian i stropów
- projekt wentylacji mechanicznej lub zaświadczenie kominiarskie o wydajności wentylacji grawitacyjnej.