

# Wytyczne do projektu osłon radiologicznych

---

Stern Weber Polska Spółka z o. o.  
(dawniej: STERN WEBER POLSKA Krzysztof Błażejczyk)  
Ul. Kosmatki 26  
03-982 Warszawa  
NIP: 952-220-29-54



## 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 .....

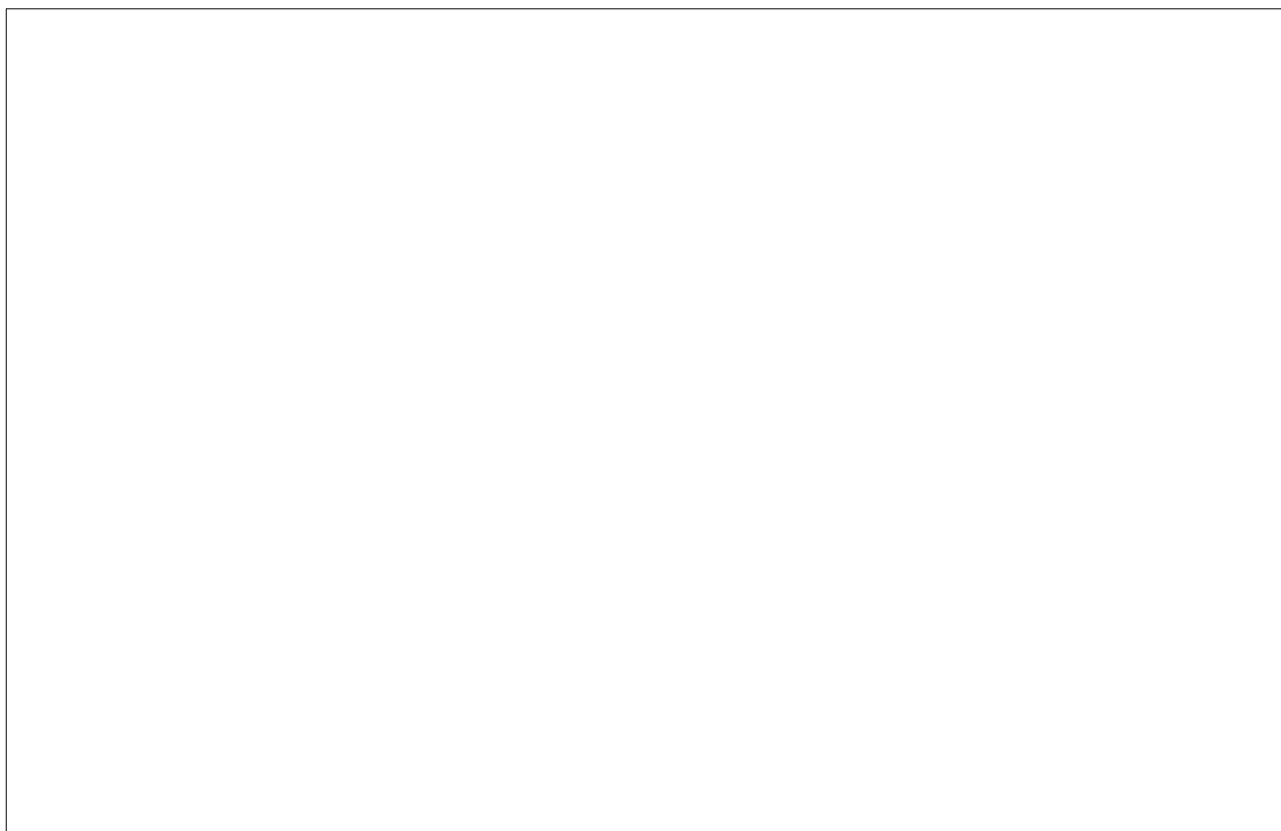
Ulica z numerem .....

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

| <b>Lp.</b> | <b>Osłona</b>         | <b>Rodzaj materiału z którego wykonana jest (lub będzie) osłona / ściana</b> | <b>Grubość osłony (mm)</b> | <b>Co znajduje się bezpośrednio za osłoną?</b> |
|------------|-----------------------|--|----------------------------|--|
| 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 APARTU RTG (MIEJSCE WYKONYWANIA EKSPOZYCJI)

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

Wypełniony poniższy formularz należy przesłać w wersji elektronicznej na adres:

[mariusz.bozek@sternweber.pl](mailto: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.