

ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER FACHKUNDE NACH DER STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG (nicht nach der Röntgenverordnung)

Bitte direkt am Computer ausfüllen oder gut lesbar in Druckbuchstaben!

Arzt.-Nr.: _____	Akademischer Grad: _____
Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Name: _____	Geb.-Ort: _____
Geb.-Dat: _____	Staatsangeh.: _____
Dienstanschrift:	
PLZ: _____ Ort: _____	Straße: _____
Privatanschrift:	
PLZ: _____ Ort: _____	Straße: _____
Telefonisch erreichbar unter: _____	

Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik und Therapie
o einschl. endovaskulärer Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Diagnostik
<input type="checkbox"/> Organbezogene Diagnostik |
|--|--|

Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Gesamtgebiet</u>
o mit Gammabestrahlungseinrichtungen
o mit Beschleunigern
o einschl. endovaskulärer Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> <u>Brachytherapie / alle Anwendungsgebiete</u>
o einschl. endovaskulärer Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> <u>Hautbehandlung</u> | <input type="checkbox"/> <u>Augenbehandlung</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Teletherapie</u>
o mit Gammabestrahlungseinrichtungen
o mit Beschleunigern | <input type="checkbox"/> <u>Endovaskuläre Strahlentherapie</u> |

1. **Kursbescheinigungen:** siehe Merkblatt (fachkundebezogen)
2. **Bearbeitungsgebühren:** mit Prüfung € 130,-
(bitte die Eingangsbestätigung / Zahlungsträger abwarten)
3. **Sachkundezeugnis:** gemäß beiliegendem Merkblatt
(**bitte alle Unterlagen in 4-facher Ausfertigung**)

Sämtliche Unterlagen verbleiben bei der Ärztekammer Nordrhein.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben und die Übereinstimmung der von mir eingereichten Fotokopien mit den Originalen.

Ort/Datum

Unterschrift

