

**ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER BESCHEINIGUNG  
NACH DER STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG**  
(Nuklearmedizin und/oder Strahlentherapie)



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat: \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift:**  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.: und Email: \_\_\_\_\_

**WEITERBILDUNGSGANG**  
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation bzw. § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge

von bis	Weiterbildungsstätte Klinik/Praxis	Name des fachkundigen Arztes (Zeugnisaussteller)	Zeit in Monaten	Fachkunde vorhanden* * wird von der Ärztekammer ausgefüllt	Anrechnungs- fähig* * wird von der Ärztekammer ausgefüllt

Die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten sind außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden.

Meine Weiterbildung wurde wegen \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ unterbrochen.

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

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ANTRAG AUF EINER BESCHEINIGUNG NACH DER STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG (Nuklearmedizin und/oder Strahlentherapie)

- Kenntnisse im Strahlenschutz (Kenntnisbescheinigung StrSchV)

## A 1 2.1 Offene radioaktiven Stoffen

- A 1 2.1.1 Gesamtgebiet (Diagnostik und Therapie)
- A 1 2.1.2 Diagnostik (einschl. tomographischer Techniken (PET,SPECT))
- A 1 2.1.3 organbezogene Diagnostik für folgende(s) Organ(e): \_\_\_\_\_
- A 1 2.1.4 Bildgebende nuklearmedizinische Diagnostik (z.B. PET/CT ohne Schilddrüse und in-vitro Diagnostik) für Personen mit einer FK Gesamtgebiet der Röntgendiagnostik nach RÖV
- A 1 2.1.5 Therapie (nur in Verbindung mit A1 Nr. 2.1.2 – Diagnostik)
- A 1 2.1.6 Endoluminale, endovaskuläre und endokavitäre Strahlentherapie (SIRT,RSO, Re-Ballonkatheder) nur in Verbindung mit A1 Nr.2.1.1 (Gesamtgebiet)

## A 1 2.2. Strahlenbehandlung (Teletherapie und Brachytherapie)

- A1 2.2.1 Gesamtgebiet der Strahlenbehandlungen
- A1 2.2.2 Brachytherapie
- A1 2.2.3 Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation (z.B. Auge, Haut, Gehirn, Prostata)
- A1 2.2.4 Endovaskuläre Strahlentherapie mit umschlossene radioaktiven Stoffe

## **A 1 2.2.5 Teletherapie (Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen und Gamma-Bestrahlungseinrichtungen)**

- A 1 2.2.5.1 Gesamtgebiet Teletherapie
- A 1 2.2.5.2 Organspezifische Anwendung (z.B. Gehirn)
- A 1 2.2.5.3 Neue Anwendungen (z.B. Therapien mit Partikelstrahlung)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. <b>Kursbescheinigungen:</b>  | Einführungskurs (Kenntnisbescheinigung), Grundkurs, Spezialkurs(e)    |
| 2. <b>Bearbeitungsgebühren:</b> | gemäß der Gebührenordnung 130,00 €                                    |
| 3. <b>Sachkundezeugnis:</b>     | n. d. Richtlinie der Strahlenschutzverordnung mit Untersuchungszahlen |
| 4. <b>Prüfung:</b>              | Prüfungsgespräch bei der Ärztekammer Nordrhein                        |

**Bitte alle Unterlagen in 1-facher Ausfertigung (Fotokopien) einreichen.**

**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.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift