

Antrag auf Bescheinigung der Fachkunde im Strahlenschutz für Medizinphysik-Experten (MPE)¹

Hiermit beantrage ich eine Fachkundebescheinigung für folgende Person:

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beantragte Fachkunde(n):

- Anwendungsgebiet Strahlentherapie
 - zusätzlich Partikeltherapie Anwendungsgebiet
- Nuklearmedizin
- Anwendungsgebiet Röntgendiagnostik

Es werden mit besonderer Begründung die folgenden Teilfachkunden beantragt:

- Teilgebiet Teletherapie
 - Zusätzlich Partikeltherapie
- Teilgebiet Brachytherapie
- Teilgebiet Röntgentherapie
- Teilgebiet nuklearmedizinische Diagnostik
- Teilgebiet nuklearmedizinische Therapie
- Teilgebiet Computertomographie (CT) und Digitale Volumetomographie(DVT)
- Teilgebiet Interventionelle Radiologie und Durchleuchtung
- Teilgebiet Spezielle Röntgenaufnahmen (z.B. planare Aufnahmen in der Mammographie)

Begründung: _____

¹ Gemäß Richtlinienmodul zur StrlSchV "Erforderliche Fachkunden im Strahlenschutz für Medizinphysik-Experten (MPE)" (GMBI. 2021 S. 428)

Formblatt
(durch den Antragsteller auszufüllen)

Vorgelegte Unterlagen (sind dem Antrag in Kopie beigelegt):

Ausbildung (Zeugnisse, bei ausländischen Zeugnissen bitte mit deutscher Übersetzung):

Abschluss in medizinischer Physik (Zeugnisse inkl. Transcript of Records)

Hochschule: _____ von: _____ bis: _____
_____ von: _____ bis: _____

Abschluss in einer anderen Disziplin als in medizinischer Physik (Zeugnisse inkl. Transcript of Records)

Fach: _____

Hochschule: _____ von: _____ bis: _____
_____ von: _____ bis: _____

Strahlenschutzkurse:

Grundkurs Datum: _____

Spezialkurs(e); Anwendungsgebiete:

_____ Datum: _____
_____ Datum: _____
_____ Datum: _____
_____ Datum: _____
_____ Datum: _____

Sachkundenachweise:

Sachkundezeugnis mit abschließender Beurteilung durch den (ausbildenden) MPE liegt vor.

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Einzelnachweise gemäß folgender Tabelle sind dem Antrag beigelegt:

Sachkundeerwerb in Klinik/ Praxis *	ausbildender MPE (Name/ Vorname)	Sachkunde-Erwerb von bis	Anwendungsgebiet

* Angabe des Ortes in dem sich die jeweilige Klinik/ Praxis befindet, sofern nicht aus dem Namen ersichtlich



Formblatt
(durch den Antragsteller auszufüllen)

Sonstige Bemerkungen:

Sprachkenntnisse (nur bei ausländischen Personen):

- Zeugnis/ Sprachzertifikat (z.B. B2/ C1-Niveau) ist dem Antrag beigelegt
- Erläuterung(en) über die Sprachkenntnisse auf gesondertem Beiblatt

Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten für die Antragszwecke an die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Physik e.V. und deren Gutachterinnen und Gutachter weitergeleitet werden.

Ja Nein

Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit widerruflich. Im Fall der Nichterteilung der Einwilligung zur Weiterleitung an die DGMP kann eine Begutachtung durch die DGMP jedoch nicht erfolgen und die beantragte Bescheinigung der Fachkunde Medizinphysik ist nicht möglich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort Datum Name und Unterschrift

Kostenübernahme:

Hiermit wird erklärt, dass die Kosten für die beantragte/n Bescheinigung/en der Fachkunde von

übernommen werden.

Ort Datum Name und Unterschrift

Die Kostenmitteilung bitte an folgenden Adressaten senden:

