

Z E U G N I S über den Erwerb der Sachkunde in der Nuklearmedizin und Strahlentherapie

gemäß

Strahlenschutzverordnung vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2034, 2036)

Titel, Vorname, Name:

Anschrift:

geb. am: Geburtsort:

hat an der folgenden Stätte

.....
Sachkundestätte 1: (Krankenhaus, Zentralinstitut bzw. Abteilung, Praxis usw.)

.....
Sachkundestätte 2: (Krankenhaus, Zentralinstitut bzw. Abteilung, Praxis usw.)

vom: bis zum:

unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines/r Arztes/Ärztin mit der erforderlichen Fachkunde radioaktive Stoffe und ionisierende Strahlen angewandt, dabei das Stellen der rechtfertigende Indikation, die technische Durchführung und Befundung erlernt und somit die Sachkunde auf folgendem Anwendungsbereich der StrlSchV erworben:

.....

.....

Der Erwerb der erforderlichen Sachkunde war unter meiner fachkundigen Anleitung und Verantwortung zeitlich und materiell sichergestellt. Es wurden Kenntnisse über physikalische und strahlenbiologische Grundlagen bei der Anwendung ionisierender Strahlung vermittelt.

Die jährlichen Unterweisungen nach § 63 StrlSchV fanden statt am:

.....,,,,

.....,,,,

Zusammenfassende Beurteilung über den Erwerb der Sachkunde:¹

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Theoretisches Wissen/Einweisung/Unterweisung

Diese Unterschrift leistet die Person, die am Ort der technischen Durchführung die theoretische Einweisung vorgenommen hat. Zeichnungsberechtigt ist der/die fachkundige Sachkundevertreter*in oder der/die zuständige Medizinphysiker*in.

Praktisches Wissen

Diese Unterschrift leistet die Ärztin/der Arzt, die/der die Aufsicht und Verantwortung der dokumentierten und durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Zeiten übernommen hat.

.....
(Titel, Vorname, Name in Druckbuchstaben)

.....
(Titel, Vorname, Name in Druckbuchstaben)

Ist im Besitz der Fachkunde/n für:

Ist im Besitz der Fachkunde/n für:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Unterschrift und Stempel des/der fachkundigen Arztes/Ärztin)

.....
(Unterschrift und Stempel des/der fachkundigen Arztes/Ärztin)

....., den,
(Ort) (Datum)

....., den,
(Ort) (Datum)

¹ Abschließende Beurteilung, ob der zu Beurteilende nach Ansicht des oder der Ärzte/Ärztin, bei dem oder denen die Sachkunde im Strahlenschutz erworben wurde, die erforderliche geeignete Ausbildung und praktische Erfahrung besitzt, die Voraussetzung für die Erteilung der Fachkunde [nach § 47 Abs. 1 Satz 1 StrlSchV] ist.

Anlage zum Zeugnis über den Erwerb der Sachkunde für die **N u k l e a r m e d i z i n**

<u>Diagnostische</u> Anwendungsgebiet(e) und/oder Untersuchungsverfahren:	Anwendungszeit(en) von – bis:	Gesamtzahlen, davon:	Anzahl bei der Diagnostik in %:		
			Indikation:	Techn. Mitwirkung:	Befundung:

<u>Therapeutische</u> Anwendungsgebiet(e) und/oder Untersuchungsverfahren:	Anwendungszeit(en) von – bis:	Gesamtzahlen, davon:	Anzahl bei der Therapie in %:		
			Indikation:	Techn. Mitwirkung:	Befundung:

Info: Für Röntgendiagnostik einschließlich CT (Rö8), verwenden Sie bitte das Sachkundezeugnis nach der Röntgenverordnung (RöV)!

.....
(Name, Vorname des/r Antragstellers/in in Druckbuchstaben)

....., den
(Unterschrift und Stempel des/der fachkundigen Arztes/Ärztin)

(Ort) (Datum)

Anlage zum Zeugnis über den Erwerb der Sachkunde für die **T e l e t h e r a p i e und/oder B r a c h y t h e r a p i e**

Art der Strahlenbehandlungen im Bereich der <u>Teletherapie</u> :	Anwendungszeit(en) von – bis:	Gesamtzahlen, davon:	Anzahl bei der Diagnostik in %:		
			Indikation:	Techn. Mitwirkung:	Befundung:
Art der Strahlenbehandlungen im Bereich der <u>Brachytherapie</u> :	Anwendungszeit(en) von – bis:	Gesamtzahlen, davon:	Anzahl bei der Therapie in %:		
			Indikation:	Techn. Mitwirkung:	Befundung:
Art der Strahlenbehandlungen im Bereich <u>sonstiger Therapieverfahren</u> :	Anwendungszeit(en) von – bis:	Gesamtzahlen, davon:	Anzahl bei der Therapie in %:		
			Indikation:	Techn. Mitwirkung:	Befundung:

Info: Für konventionelle Röntgenbehandlungen (RÖ11 – 13.2), verwenden Sie bitte das Sachkundezeugnis nach der Röntgenverordnung (RöV)!

.....
(Name, Vorname des/r Antragstellers/in in Druckbuchstaben)

.....
(Unterschrift und Stempel des/r fachkundigen Arztes/Ärztin)

....., den
(Ort) (Datum)