

Anlage 1

Zeugnis
über den Erwerb der Sachkunde gem. Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

Herr/Frau

geb. am:

hat in der Zeit vom

bis

in der Klinik/Praxis

Röntgenstrahlen angewandt und dabei die rechtfertigende Indikation, technische Durchführung und Befundung unter besonderer Beachtung des Strahlenschutzgesetzes erlernt.

Die Sachkunde wurde auf folgendem Gebiet/Teilgebiet der Röntgendiagnostik erworben:

-
-
-
-

Die Tätigkeit erfüllte zeitlich und materiell die Anforderungen der Richtlinie.

Die unter meiner Anleitung, ständigen Aufsicht und Verantwortung durchgeführten und dokumentierten Röntgenuntersuchungen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Die rechtfertigende Indikation, technische Durchführung und Befundung wurden hierbei in angemessener Gewichtung berücksichtigt.

Er/Sie besitzt die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen, die Voraussetzung für die Erteilung der Fachkundebescheinigung nach § 47 StrlSchV sind.

(Titel/Vorname/Name des fachkundigen Arztes in Druckbuchstaben)
im Besitz der Fachkunde für:

letzte Aktualisierung:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des fachkundigen Arztes

Anlage zum Sachkundezeugnis für den Bereich NOTFALLDIAGNOSTIK:

Antragsteller/in: _____

Bitte tragen Sie die Anzahl der dokumentierten Untersuchungen für den beantragten Anwendungsbereich differenziert ein.

Anwendungsgebiet:	Extremitäten- und Stammskelett	Thorax	Abdomen	Zeitraum (Monat/Jahr)
Anzahl der dokumentierten Untersuchungen				
Gesamtzahl der dokumentierten Untersuchungen	mind. 600 (in angemessener Gewichtung)			

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Für die Richtigkeit der Anzahl der angegebenen dokumentierten Untersuchungen

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des fachkundigen Arztes

Anlage zum Sachkundezeugnis für den Bereich:

Antragsteller/in:

Bitte tragen Sie die Anzahl der dokumentierten Untersuchungen für den beantragten Anwendungsbereich differenziert ein.

Anwendungsgebiet:	Anzahl:	Zeitraum (Monat/Jahr):
Anzahl der dokumentierten Untersuchungen		

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Für die Richtigkeit der Anzahl der angegebenen dokumentierten Untersuchungen

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des fachkundigen Arztes