

Bescheinigung über den Erwerb praktischer Erfahrungen (Sachkunde) für Ärztinnen und Ärzte

auf dem Gebiet der ärztlichen Überwachung von Personen mit beruflicher Exposition nach § 2 Abs. 7 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) gemäß Kapitel 2.2 des Richtlinienmoduls zur Strahlenschutzverordnung - Erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz für die ärztliche Überwachung

Titel, Name, Vorname _____

geboren am _____

Dienstanschrift _____

Facharztbezeichnung _____

hat unter meiner Anleitung und Verantwortung als ermächtigte Ärztin/ermächtigter Arzt in einer Mindestzeit von

12 Monaten (gilt für: Approbierter Arzt/Ärztin oder Person mit Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes; Arzt/Ärztin mit nachgewiesener mindestens vollzeitäquivalenter 12-monatiger Tätigkeit in einem für die ärztliche Überwachung relevanten Gebiet der Patientenversorgung)

6 Monaten (gilt für: Arzt/Ärztin mit Fachkunde im Strahlenschutz für das Gesamtgebiet Röntgendiagnostik, Strahlentherapie oder Nuklearmedizin)

3 Monaten (gilt für: Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin oder Arzt/Ärztin mit Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin)

von _____ bis _____

die notwendige Sachkunde im Strahlenschutz für Ärztinnen und Ärzte erworben und hat in dieser Zeit

_____ Erstuntersuchungen*

_____ Folgeuntersuchungen*

_____ nachgehende Untersuchungen*

_____ Betriebsbesichtigungen*

***Bitte die Anzahl eintragen**

Erster Betrieb (Name und Anschrift)

Kurzbeschreibung der strahlenschutzrelevanten Arbeitsplätze:

Zweiter Betrieb (Name und Anschrift)

Kurzbeschreibung der strahlenschutzrelevanten Arbeitsplätze:

Dritter Betrieb (Name und Anschrift)

Kurzbeschreibung der strahlenschutzrelevanten Arbeitsplätze:

durchgeführt.

Datenschutzhinweis

Die personenbezogenen Daten werden gemäß den datenschutzrechtlichen Vorschriften auf Grund von Kapitel 2.2 des Richtlinienmoduls zur Strahlenschutzverordnung erhoben.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der [Datenschutzerklärung des LAGetSi](#).

Ort, Datum

Name, Unterschrift **und Stempel**
der ermächtigten Ärztin/des ermächtigten Arztes