

Landesamt für Gesundheit und  
Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen  
40208 Düsseldorf

## Antrag auf Anerkennung eines Strahlenschutzkurses

einer Heilberufskammer (NRW) im medizinischen, zahnmedizinischen und tiermedizinischen Bereich  
oder für Medizinphysikexperten/Medizinphysikexpertinnen im medizinisch-technischen Bereich  
nach § 51 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

### Hiermit beantrage/n ich/wir

Vollständige Anschrift  
des Antragstellenden

---

---

---

Für Rückfragen

Tel.:

E-Mail:

---

---

### Die Anerkennung eines Strahlenschutzkurses

Kursbezeichnung

---

Kursleiter/-in

---

Veranstaltungsort

---

Erster Kurstermin

---

---

### Nach

- Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin
- Richtlinienmodul zur StrlSchV „Erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz für Medizinphysik-Experten (MPE)“
- Strahlenschutz in der Medizin – Richtlinie zur Strahlenschutzverordnung
- Strahlenschutz in der Tierheilkunde – Richtlinie zur Strahlenschutzverordnung

Zum Erwerb der Fachkunde:  Grundkurs  Spezialkurs  Kenntniskurs

Zur Aktualisierung  der Fachkunde  der Kenntnisse

### für den folgenden Teilnehmendenkreis

- |   |                                   |                              |
|---|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte/-innen     | <input type="checkbox"/> MTRA     | <input type="checkbox"/> MFA |
| <input type="checkbox"/> Zahnärzte/-innen | <input type="checkbox"/> ZMF      | <input type="checkbox"/> ZFA |
| <input type="checkbox"/> Tierärzte/-innen | <input type="checkbox"/> TFA      |                              |
| <input type="checkbox"/> MPE              | <input type="checkbox"/> Sonstige |                              |

Die folgenden Unterlagen liegen diesem Antrag bei:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Kursinhalte (Präsentation/Skripte)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Teilnahmebescheinigung</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Lehrplan</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>Liste der Referenten/-innen</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Angaben zur Ausbildungsstätte</b>      | <input type="checkbox"/> <b>Liste der Prüfungsfragen</b>    |

Online-Anteil

nein

ja \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des Antragstellenden