Amt für Verbraucherschutz
Staatliche Arbeitsschutzaufsicht
Postfach 30 28 22
20310 Hamburg

E-Mail: strahlenschutz@justiz.hamburg.de

Hamburg | Behörde für Justiz und Verbraucherschutz

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

Antragstellende Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Geburtsdatum, Geburtsort	
E-Mail	Telefon

Beantragte Fachkunde/n, Anwendungsgebiet

☐ Strahlentherapie	☐ zusätzlich Partikeltherapie
☐ Nuklearmedizin	
☐ Röntgendiagnostik	

Beantragte Teilfachkunden, Teilgebiet *(mit besonderer Begründung)*

☐ Teletherapie	☐ zusätzlich Partikeltherapie
☐ Brachytherapie	
☐ Röntgentherapie	
☐ Nuklearmedizinische Diagnostik	
☐ Nuklearmedizinische Therapie	
☐ Computertomographie (CT) und Digitale Volumentomographie (DVT)	
☐ Interventionelle Radiologie und Durchleuchtung	
☐ Spezielle Röntgenaufnahme (z.B. planare Aufnahmen in der Mammographie)	

Begründung

Vorgelegte Unterlagen

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

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

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 beigefügt:

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.

Sprachkenntnisse *(nur bei ausländischen antragstellenden Personen)*

☐ Zeugnis/ Sprachzertifikat (z.B. B2/ C1-Niveau) ist dem Antrag beigefügt

☐ Erläuterung(en) über die Sprachkenntnisse auf gesondertem Beiblatt

Erklärung

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

Hinweis

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

Unterschrift der antragstellenden Person

Eingaben löschen Drucken

Hinweise zur Datenverarbeitung:
Wir messen dem Datenschutz große Bedeutung bei. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten geschieht unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über die Ihnen zustehenden Rechte finden Sie auf unserer Homepage unter https://www.hamburg.de/bjv/datenschutzhinweise/. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen in Papierform.