



## Antrag auf Anerkennung/Erwerb Kenntnisse im Strahlenschutz

nach § 18a RöV für medizinisches Assistenzpersonal

Name, Vorname

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Anschrift

---

---

Berufsausbildungsabschluss

---

Berufstätig als

---

Arbeitgeber

---

Dienstanschrift

---

Bitte fügen Sie die Nachweise im Original oder als beglaubigte Kopie bei:

Bescheinigung über die Teilnahme an dem Strahlenschutzkurs (90h)

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

---

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)