

**Vermittlung des notwendigen Wissens im Strahlenschutz für die Mitwirkung von Personen bei der Durchführung der Sentinel-Lymphknoten (SLN) Diagnostik (6 Std.)**

Kurs zur Vermittlung von Wissen im Strahlenschutz für die Mitwirkung in der SNL Diagnostik gemäß § 30 der StrSchV vom 20.01.2002 und nach der Richtlinie zur Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen vom 30.11.2011 entsprechend Anlage A 3 4.2 (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit RS II 4 – 11432/1)

**Veranstalter und in Kursangelegenheiten zu kontaktieren:** Prof. Dr. P. Oehr [www.medizinexperte.de](http://www.medizinexperte.de)  
**Kontakt:** FAX: : 0228 286288979 Tel: 0228 28628897 (11 bis 14 Uhr); e-mail: [kurs@oehr.info](mailto:kurs@oehr.info)

**Termin:** Samstag 27. Mai 2023 **Zeit:** 09 bis 16:00 Uhr,

**Veranstaltungsort:** GSI, Langer Grabenweg 68, 53175 Bonn, Anfahrt: siehe [www.gsi-bonn.de](http://www.gsi-bonn.de)

**Kursgebühr:** 210,-- €.

Kursgebühren beinhalten Folien-Skript zu Kursbeginn vor Ort (USB-Stick für Notebook) zu den Vorträgen. Die Kursgebühren sind innerhalb 14 Tagen nach Anmeldung unter Nennung des Teilnehmers zu überweisen. (Commerzbank Bonn, Prof. Oehr, Konto Nr. IBAN: DE16 3804 0007 0253 6217 00).

**Lehrinhalte**

- (1) Einführung in die Methode
- (2) Rechtliche Grundlagen
- (3) Nuklearmedizinische Grundlagen
- (4) Physik und Strahlenschutz
- (5) Gammasonden für die SLN
  - Qualitätsmerkmale und Anforderungen

• **Übungen:**

- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Messungen am Phantom

**Ich melde mich verbindlich zur Teilnahme an: (bitte in Druckschrift deutlich schreiben)**

Beruf +Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb. Name \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ /Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.(Dienst): \_\_\_\_\_ FAX (Dienst): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Rechnung an: Privat oder Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Bei Bezahlung durch Arbeitgeber (genaue Rechnungsanschrift und bei Universität auch die Kostenstelle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_