

Kenntniskurs 40 Std. auf dem Anwendungsgebiet der Nuklearmedizin

Kurs zum Erwerb der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz auf dem Anwendungsgebiet der Nuklearmedizin für Personen mit einer erfolgreich abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung (Dauer 40 Std.) gemäß Anlage A3 5.1 Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin. Der Kurs ist gemäß § 30 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vom 20. Juli 2011 (BGBl. I S 1714) und entsprechend der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin, Stand vom 11. Juli 2014, Anlage A3 5.1, mit Bescheid der Ärztekammer Nordrhein (Zeichen 00335954 vom 03.01.2022) anerkannt.

24 Std. des Kurses erfolgen in Bonn, davon 20 Kurseinheiten Theorie und 4 Kurseinheiten Praxis.

Die weiteren 16 Std. Praxis erfolgen, nach inhaltlicher Absprache mit Prof. Dr. Oehr, normalerweise beim Arbeitgeber des Teilnehmers im Bereich Schwerpunkt Nuklearmedizin.

Die Kursbescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am 40 Std. Kurs erfolgt über Prof. Dr. Oehr.

Veranstaltungsort: GSI, Langer Grabenweg 68, 53175 Bonn, Anfahrt: siehe www.gsi-bonn.de

Veranstalter und in Kursangelegenheiten zu kontaktieren: Prof. Dr. P. Oehr www.medizinexperte.de
FAX: 0228 2862 88979 Tel: 0228 28628897 (11:00 bis 14:00 Uhr); e-mail: kurs@oehr.info

Termin: 25. – 27. Mai 2023

Zeit: jeweils von 09-17 Uhr,

Kursgebühren: 680,- €. (MWST inbegriffen)

Der Kurs ist von den zuständigen Behörden anerkannt und zertifiziert.

Kursgebühren sind innerhalb 14 Tagen nach Anmeldung zu überweisen
(Commerzbank Bonn, Prof. Oehr, Konto Nr. IBAN: DE16 3804 0007 0253 6217 00).

Zu Kursbeginn vor Ort erhalten die Teilnehmer die Vortragsfolien zu den Vorträgen auf USB-Stick für PC bzw. Notebook, Zu Kursbeginn vor Ort erhalten die Teilnehmer die Vortragsfolien zu den Vorträgen auf USB-Stick für PC bzw. Notebook, aber nur zum persönlichen Gebrauch im Rahmen der Weiterbildung.

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

Beruf: _____

Vorname: _____ Name: _____ Geb. Name _____

geb. am: _____ in: _____

Strasse: _____ PLZ /Wohnort _____

Tel.(Dienst): _____ FAX (Dienst): _____

E-Mail: _____ Rechnung an: Privat oder Arbeitgeber: _____

Rechnungsanschrift des Arbeitgebers: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____