

## **Kenntniskurs 40 Std. (20 Std. Theorie und 20 Std. Praxis) für Nuklearmedizin und/oder Strahlentherapie**

Thema: 40 Std. Kenntniskurs (40 Std. davon 20 Std. Theorie und 20 Std. Praxis) für Personen mit einer erfolgreich abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung 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. Der Kurs entspricht der Anlage A3 Nr. 5.

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

**Veranstaltungsort:** Wissenschaftszentrum, Ahrstraße 45, 53175 Bonn, Anfahrt: [www.wzbonn.de](http://www.wzbonn.de).  
**Veranstalter und in Kursangelegenheiten zu kontaktieren:** Prof. Dr. P. Oehr [www.medizinexperte.de](http://www.medizinexperte.de)  
FAX: 0228 2862 88979 Tel: 0228 28628897 (10:00 bis 14:00 Uhr); e-mail: [kurs@oehr.info](mailto:kurs@oehr.info)

**Termin:** 12. - 14. April 2018

**Zeit:** jeweils von 09-17 Uhr,

zusätzliche 16 Std. praktische Unterweisung in Nuklearmedizin nach Absprache (siehe Muster-Formular).

**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).

Kursgebühren beinhalten MWSt..

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

**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: \_\_\_\_\_