

## **Kombinierter Grundkurs im Strahlenschutz (RöV + StrlSchV) mit integriertem Kenntniskurs (StrlSchV) Dauer: 26 Std.**

Strahlenschutzkurs nach

§ 30 Abs. 1 StrlSchV (Anlage A3 1.1) sowie § 18a RöV zum Erwerb der Fachkunde  
nach den Richtlinien über die Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte und MPE (26 std.)  
anerkannt für Ärzte (AEKNO) und Medizinphysikexperten (Ministerium NRW)

**Ziel:** Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz bei der Anwendung von Röntgenstrahlen, radioaktiven  
Stoffen und Bestrahlungsanlagen im medizinischen Bereich, entsprechend der "Richtlinie über den Erwerb  
der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung" und der "Richtlinie  
Strahlenschutz in der Medizin".

Dieser Kurs beinhaltet auch die theoretische Unterweisung für den Kenntniskurs nach Röntgenverordnung  
entsprechend der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von  
Röntgeneinrichtungen in der Medizin und der Zahnmedizin vom 22. Dezember 2005, Anlage 7.1, sowie den  
Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz in der Nuklearmedizin und Strahlentherapie entsprechend der  
Richtlinie "Strahlenschutz in der Medizin" vom 22.4.2002, Anlagen A3, Nr.4.

**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)  
Am Büchel 53a, 53173 Bonn; Tel. 0228-352 843; FAX 0228-3683069; mail: [kurs@oehr.info](mailto:kurs@oehr.info)

**Termin:** 08. – 10. März 2012

**Zeit:** Donnerstag 09-18 Uhr, Freitag 09-18 Uhr, Samstag 09-17 Uhr,

**Kurs-Zertifizierung: 25 Fortbildungspunkte.**

Der Kurs ist von den zuständigen Behörden anerkannt und wird zertifiziert.

**Kursgebühren:** 460,- €

Kursgebühren beinhalten MWSt. sowie ausführliches Skript zu Kursbeginn vor Ort.

Kursgebühren sind **innerhalb 14 Tagen nach Anmeldung**  
unter Nennung des Teilnehmernamens zu überweisen.

Bankverbindung: Commerzbank Bonn, Prof. Oehr, Konto Nr. 25 36 21700; BLZ Nr. 380 40007.

### **Ich melde mich verbindlich zur Teilnahme an:**

Beruf +Titel: (Prof.; Dr.; MTA; Arzt, erm. Arzt, MTAR, med. Fachangestellte: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Beschäftigt bei (Betrieb/Klinik/Institut): \_\_\_\_\_

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