

Kombinierter Grundkurs im Strahlenschutz (RöV + StrlSchV) mit integriertem Kenntniskurs (StrlSchV)

Strahlenschutzkurskombination nach § 30 Abs. 1 StrlSchV (Anlagen A), sowie § 18a der Röntgenverordnung (RÖV) vom 18.01.1987 in der Fassung vom 18.06.2002.
Anerkannt zum Erwerb der Fachkunde nach den Richtlinien über Fachkunde im Strahlenschutz 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 und praktische Unterweisung 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.
Veranstalter und in Kursangelegenheiten zu kontaktieren: Prof. Dr. P. Oehr www.medizinexperte.de
Am Büchel 53a, 53173 Bonn; Tel. 0228-352 843; FAX 0228-3683069; mail: kurs@oehr.info

Termin: 24. - 26. Feb. 2011

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 zertifiziert.

Kursgebühren: 380,- €

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: _____ Bezahlung: privat oder Arbeitgeber: _____

Beschäftigt bei (Betrieb/Klinik/Institut): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____