



Antrag auf Bescheinigung der

- Fachkunde im Strahlenschutz**
 Fachkunde Dentale Volumentomografie (DVT)

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 3951
39014 Magdeburg

Kontakt: Röntgenstelle
Telefon: 0391 73939-13
Telefax: 0391 73939-20

| | | |
|--------------|------------|-------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Titel | Vorname | Name |
| _____ | _____ | _____ |
| PLZ | Wohnort | Straße |
| _____ | _____ | _____ |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Telefon/E-Mail (für ev. Rückfragen) |

Ich beantrage gemäß § 18 a RöV bei der Zahnärztekammer S-A die Bescheinigung der

- Fachkunde im Strahlenschutz** **Fachkunde Dentale Volumentomografie (DVT)**.

Dem Antrag füge ich bei:

Eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde

- füge ich bei liegt der ZÄK S-A bereits vor

Das Prüfungs-/Examenszeugnis in Kopie, aus dem hervorgeht, dass die Strahlenschutzausbildung ein gesonderter Bestandteil des Studiums sowie der Prüfung war.

- füge ich bei liegt der ZÄK S-A bereits vor

Eine Kopie der letzten Aktualisierung der Fachkunde (falls vorhanden)

- füge ich bei liegt der ZÄK S-A bereits vor

Kopie der Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme/Abschlussprüfung an einem anerkannten Spezialkurs **DVT** (einschließlich des Nachweises von 25 dokumentieren Untersuchungen innerhalb von mind. 3 Monaten).

Für die Ausstellung der Bescheinigung wird gemäß der derzeit geltenden Kostenordnung eine Gebühr in Höhe von € 30,- erhoben.

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Antragsteller/in