



## 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 bei der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt 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 2-Tageskurs **DVT** für Zahnärzte/innen

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Antragsteller/in