

Antrag Zertifizierung „Fachkraft für interventionelle Radiologie“

Bitte die vollständigen Unterlagen schicken an:

VMTB in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Dr. Erik Gührs

Ernst-Reuter-Platz 10

10587 Berlin

oder per E-Mail an guehrs@drq.de (Unterlagen bitte als eine PDF-Datei zusammenfassen)

Angaben zum/zur Antragsteller/-in:

Name _____

Vorname _____

VMTB-Mitgliedschaft

ja

nein

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail : _____

Privatanschrift (optional): _____

MTRA-Staatsexamen oder einem Abschluss in einem anderen medizinischen Fachberuf mit
Tätigkeit in der interventionellen Radiologie.

Abschluss vom
(Kopie beifügen)

VMTB-Geschäftsstelle: liegt vor

Besuch von Zertifizierungskursen

Modul I (10 CME-Punkte) - Materialkunde und Strahlenschutz

Modul II (10 CME-Punkte) - Hygiene, gesetzliche Grundlagen und Personal

Modul III (10 CME-Punkte) - Leitlinien und Entwicklungen in der Interventionellen Radiologie

Nach Möglichkeit Besuch aller drei Module innerhalb eines Jahres (Bescheinigungen bitte als Kopie beifügen). In Ausnahmefällen können andere Fortbildungsveranstaltungen (insbesondere für Modul I) anerkannt werden (hierfür bitte eine gesonderte formlose Begründung nebst Belegen beifügen).

Datum	Ort	Modul/Titel der Veranstaltung	CME-Punkte

VMTB-Geschäftsstelle: Kursbescheinigungen liegen vor ausreichend CME-Punkte
aufgeführt

Bescheinigung über Kenntnisse in der interventionellen Radiologie

Bitte lassen Sie die Bescheinigung in der Anlage von Ihrem Chefarztes/Ihrer Chefärztin bzw. Ihrer Praxisleitung ausfüllen und legen Sie diese dem Antrag bei.

VMTB-Geschäftsstelle: liegt vor

Gebühren

Für VMTB-Mitglieder fallen für die Zertifizierung keine Gebühren an.

Nicht-Mitglieder zahlen für die Zertifizierung eine Gebühr von 50,00 Euro (zzgl. MwSt.).

Sie können als MTRA ggf. VMTB-Mitglied werden (Antragsformular liegt bei).

VMTB-Geschäftsstelle: VMTB-Mitglied Rechnung verschickt Zahlung erhalten

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass die von mir eingereichten Antragsunterlagen zur Bearbeitung an Gutachterinnen und Gutachter der DRG/VMTB weitergeleitet werden. Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten Email-Anhangs zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit per Email an guehrs@drg.de widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Anlage: Bescheinigung über Kenntnisse in der interventionelle Radiologie

Bestätigung des Chefarztes/der Chefärztin bzw. der Praxisleitung, dass Herr / Frau

folgende Kenntnisse und Fertigkeiten während seiner / ihrer Tätigkeit erworben hat:

- Mind. 2 Jahre Berufserfahrung und Kenntnisse in radiologischen Interventionen
- Kenntnisse in Anatomie und Physiologie
- Kenntnisse über Reanimations- und Notfallmaßnahmen
- Kenntnisse in Hygiene und sterilem Arbeiten

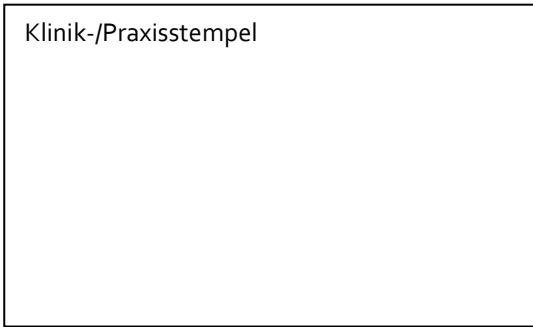
Weitere relevante Kenntnisse und Fertigkeiten:

Name Chefarzt/Chefärztin bzw. Praxisleitung

Ort, Datum

Unterschrift Chefarzt/Chefärztin bzw. Praxisleitung

Klinik-/Praxisstempel





VMTB in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin

Fax: 030-916 070-22

Mail: guehrs@drq.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur „Vereinigung der Medizinisch-Technischen Berufe in der Deutschen Röntgengesellschaft“ (VMTB). Ich habe die Geschäftsordnung der Vereinigung vom 22. Mai 2001 (s. www.vmtb.de) zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 36 €. Für DVTA-Mitglieder 30 €. MTRA-Schüler/innen sind beitragsfrei.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Berufsbezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

eMail: _____

**Bitte tragen Sie die
Adresse ein, unter
der Sie von uns
angeschrieben
werden möchten**

Ich bin Mitglied des DVTA

Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die VMTB in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V., Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, widerruflich, den Jahresbeitrag in Höhe von

36 € bzw. 30 € bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutsche Röntgengesellschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN _____

BIC _____

bei (Kreditinstitut) _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.