

Antrag Zertifizierung „Fachkraft für kardiovaskuläre Bildgebung“

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 am _____ (Kopie beifügen)

VMTB-Geschäftsstelle: liegt vor

Besuch von Zertifizierungskursen

Modul I (8 CME-Punkte) - theoretische Grundlagen der kardiovaskulären Untersuchungen
 Modul II (16 CME-Punkte) - kardiovaskuläre Untersuchungen in der CT
 Modul III (16 CME-Punkte) - kardiovaskuläre Grundlagen in der MRT

Besuch aller drei Module innerhalb eines Jahres (Bescheinigungen bitte als Kopie beifügen).

Datum	Ort	Modul/Titel der Veranstaltung	CME-Punkte

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

Bescheinigung über Kenntnisse in der kardiovaskulären Diagnostik

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 ggf. VMTB-Mitglied werden (Antragsformular liegt bei).

VMTB-Geschäftsstelle: VMTB-Mitglied Rechnung verschickt Zahlung erhalten

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 kardiovaskulären Diagnostik

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

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

- 2 Jahre Berufserfahrung und Kenntnisse in der radiologischen Bildgebung
- Strahlenschutz- und MRT-Sicherheitsunterweisung
- 1 Jahr Erfahrungen an einem CT-Arbeitsplatz, davon ein halbes Jahr Thoraxbildgebung
oder
1000 Computertomographien, davon 500 im Thoraxbereich (hiervon 200 kardiale CT Untersuchungen)
- 1 Jahr Erfahrung an einem MRT-Arbeitsplatz, davon ein halbes Jahr im Bereich der kardialen bzw. kardiovaskulären Bildgebung
oder
500 MRT-Untersuchungen, darunter 250 Kardio-MRTs
- Kenntnisse über Anatomie und Physiologie, v. a. im thorakalen Bereich
- Kenntnisse über Reanimations- und Notfallmaßnahmen

Weitere relevante Kenntnisse und Fertigkeiten:

Name Chefarzt/Cheförztn bzw. Praxisleitung

Ort, Datum

Unterschrift Chefarzt/Cheförztn bzw. Praxisleitung

Klinik-/Praxisstempel



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

Fax: 030-916 070-22

Mail: quehrs@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: _____

Ich bin Mitglied des DVTA

Datum: _____ Unterschrift: _____

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

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.