

Ärztchammer Sachsen-Anhalt  
Abteilung Fortbildung  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Tel. 0391/6054-6  
Fax: 0391/6054-7750  
E-Mail: strahlenschutz@aeksa.de

Hiermit beantrage ich die „**Kenntnisbescheinigung Teleradiologie**“

Name (Antragsteller): \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift:**  
(Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_

**Tätig in Klinik/Abteilung:**  
(Ort)

\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen tagsüber erreichbar: \_\_\_\_\_

oder E-Mail: \_\_\_\_\_

**Dem Antrag sind beizufügen** (in einfacher Fotokopie):

- **Ärzte ohne Fachkunde:** Die Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem „Kurs für Ärzte am Ort oder technischen Durchführung in der Teleradiologie gem. Anlage 7.2 der Fachkunderichtlinie
- ein Zeugnis über den Erwerb der vorgeschriebenen praktischen Erfahrung durch den verantwortlichen Radiologen – das Zeugnis soll Angaben über die Zahl der durchgeführten Untersuchungen und die Art der Tätigkeiten enthalten.
- **Ärzte mit einer Fachkunde:** Die Bestätigung eines Teleradiologen über ausreichende praktische Erfahrung und Einweisung für eine Tätigkeit als Arzt am Untersuchungsort.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis (keine Rechnung):** Gemäß der Gebührensatzung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt wird für die Antragsbearbeitung eine Verwaltungsgebühr von 60,00 € erhoben.

**Bitte leisten Sie keine Vorabzahlungen – eine Rechnung wird Ihnen zugeschickt!**