***Zeugnis über den Erwerb praktischer Erfahrungen in der Teleradiologie für Ärzte am Ort der technischen Durchführung***

(gemäß Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin, Pkt. 6.2.2)

Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

hat vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(TT.MM.JJ) (TT.MM.JJ)

in der Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Krankenhaus/Praxis)

unter meiner Aufsicht arbeitstäglich die praktischen Erfahrungen zum Ablauf von Röntgenanwendungen in der Teleradiologie erworben. Insbesondere wurden Kenntnisse vermittelt zur:

* Indikationsstellung
* Aufklärung des Patienten
* Mitwirkung bei der Durchführung der Untersuchung (einschließlich der Kontrastmittelgabe)
* Anwendung der teleradiologiespezifischen Komponenten mit eventuellem Einsatz von Ausfallkonzepten.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gerät** | **Anzahl der Untersuchungen** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Name des fachkundigen Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des fachkundigen Arztes: