



Teilnahmebescheinigung
Praktische Erfahrungen über Abläufe in der Teleradiologie (2 Wochen/14 Tage)
für den Arzt am Ort der technischen Durchführung im Rahmen der Teleradiologie

Teilnehmer

Name (akad. Grad)		Vorname	
Geburtsdatum ggf. Geburtsname		Geburtsort	
Straße		(PLZ) Wohnort	

Daten

Name der Klinik			
Abteilung			
Straße		(PLZ) Ort	
unter der Leitung von (Name)			
Dauer: 2 Wochen (14 Tage)	von	bis	arbeitstäglich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anzahl der Untersuchungen (Mindestanzahl der Untersuchungen: 40)			

Themen

- Patientenaufklärung, Untersuchungsablauf
- KM-Gabe/Kontraindikation/Allergie/Reaktion
- Rechtfertigende Indikation für Röntgenuntersuchungen und Computertomographie
- Strahlenschutz von Patienten und Personal
- Teleradiologie: rechtliche Grundlagen, Organisation, Ausfallkonzept
- Praktische Übungen an Röntgen- und CT-Untersuchungen

Frau/Herr _____

ist nach Abschluss fachlich uneingeschränkt befähigt, am Konzept Teleradiologie als verantwortliche(r) ärztlicher Mitarbeiter(in) am Ort der praktischen Durchführung teilzunehmen. Patientenaufklärung vor der Untersuchung über Indikation und Risiko, Überwachung des Untersuchungsablaufs vor Ort - insbesondere CT mit Kontrastmittelgabe -, professionelles Komplikationsmanagement sowie der sichere Umgang mit Komponenten, Abläufen und Ausfallkonzepten der Teleradiologie sind der/dem Kursteilnehmer(in) intensiv vermittelt worden. Über die rechtlichen Grundlagen, die rechtfertigende Indikation zwingend vor jeder CT mit dem Teleradiologen abzusprechen, bestehen keinerlei Zweifel.

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Unterzeichners, Stempel
(deutlich lesbar)

Hinweis:

Die Bescheinigung muss auf dem Briefpapier der Klinik/Praxis ausgestellt werden bzw. **ohne** Klink/Praxis-Stempel und Unterschrift/Stempel wird die Bescheinigung auf Blankopapier **nicht anerkannt**. Die Einweisung und Unterschrift darf nur durch einen fachkundigen Radiologen / Chefarzt oder Strahlenschutzbeauftragten erfolgen.