

Praktikumsbescheinigung

Demonstration und praktische Übungen zur Erlangung der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für OP- und Funktionspersonal

Daten des Teilnehmers:

_____ Name	_____ Vorname
_____ Geburtsname	_____ Geburtsdatum und -ort
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort

Ort des Praktikums:

_____ Name der Klinik/Praxis	_____ Abteilung
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Ort

Inhalte und Zeiten des Praktikums

Das Praktikum erfolgte über einen Zeitraum von 3 Zeitstunden (4 Unterrichtsstunden à 45 Minuten).

Durchführungsort:

Arbeitsbereich des Teilnehmenden im OP- und/oder Funktionsbereich.

Themen:

- Aufbau und Funktionen der DL-Anlage
- Bedienung / Geräteeinstellungen an der DL-Anlage
- Anwendung von Strahlenschutzmitteln
- Patientenlagerung und Einstelltechnik

Der Teilnahmebescheinigung ist der Fachkundenachweis des Unterzeichners beizufügen. Erst wenn das Praktikum vollständig erbracht wurde, gilt der Kurs als abgeschlossen. Die Praktikumsbescheinigung ist Bestandteil des Kursnachweises und wird bei Bedarf der Aufsichtsbehörde vorgelegt.

_____ Ort / Datum	_____ Verantwortlich für das Praktikum (fachkundiger Arzt) Unterschrift, Stempel
----------------------	--