



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

## Antrag Zertifizierung „Fachkraft für kardiovaskuläre Bildgebung“

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei  
in der richtigen Reihenfolge an: [zertifizierung@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.de)

### Angaben Antragsteller:in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

DGMTR-Mitgliedschaft  ja  nein

Mitgliedschaft beantragt

### Dienstanschrift

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Privatanschrift (optional): \_\_\_\_\_

**MTR/MTRA-Staatsexamen**  
(Kopie beifügen)

intern:  liegt vor

**NACHWEISE:**

**I. 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).*

intern:  liegt vor

Datum	Ort	Modul/Titel der Veranstaltung	CME-Punkte

**II. Bescheinigung über Kenntnisse in der kardiovaskulären Diagnostik (Anlage 1)**

Bitte lassen Sie die Bescheinigung in der Anlage 1 von Ihrem Chefarzt/Ihrer Chefärztin bzw. Ihrer Praxisleitung ausfüllen und legen Sie diese dem Antrag bei.

intern:  liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Für DGMTR-Mitglieder fallen für die Zertifizierung keine Gebühren an. Nicht-Mitglieder zahlen für die Zertifizierung eine Gebühr von 50,00 Euro (zzgl. MwSt.).

**Datenschutzhinweis:** Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Mir ist bewusst, dass die von mir eingereichten Antragsunterlagen zur Bearbeitung an Gutachter:innen der DGMTR und DRG weitergeleitet werden. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: <https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Antragsteller/-in

## Anlage 1: Bescheinigung über Kenntnisse in der kardiovaskulären Diagnostik

Bestätigung des Chefarztes/der Cheärztin 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/Cheärztin bzw. Praxisleitung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Chefarzt/Cheärztin bzw. Praxisleitung

Klinik-/Praxisstempel