



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

## **Antrag Rezertifizierung „Fachkraft für Kardiovaskuläre Bildgebung“**

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

Innerhalb von fünf Jahren müssen gezielte Fortbildungen im Bereich der kardiovaskulären Bildgebung nachgewiesen werden (30 CME-Punkte). Dies kann über die Teilnahme an speziellen Kursen und Vorträgen zu kardialen Themen auf Kongressen, als auch über Fachliteratur z.B. Radiopraxis und über Fortbildungen der DGMTR-/DRG-Online-Akademie oder die Lernplattform conrad der DRG erfolgen. 15 CME-Punkte können durch den Nachweis praktischer Erfahrungen in der kardiovaskulären Bildgebung erlangt werden. Der Nachweis erfolgt durch eine eine:n von der AG Herz und Gefäße Q2-zertifizierte:n Radiolog:in, der Praxisleitung oder der MTR-Leitung.

Die Rezertifizierung muss fünf Jahren nach Erhalt des Zertifikats bei der DRG beantragt werden.



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

### **Angaben Antragsteller:in**

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

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

DGMTR-Mitgliedschaft  ja  nein

Mitgliedschaft beantragt

### **Dienstanschrift**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Gültiges Zertifikat „Fachkraft Kardiovaskuläre Bildgebung“**  
(Kopie beifügen)

intern:  liegt vor





*Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie*

## **Bescheinigung**

### **über praktische Erfahrungen in der kardiovaskulären Bildgebung**

Wir bestätigen hiermit, dass Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
derzeit in der Radiologie an einem CT-/MRT-Arbeitsplatz tätig ist und dort regelmäßig  
entsprechende fachbezogene Tätigkeiten ausübt.

\_\_\_\_\_  
Name AG Herz und Gefäße Q2-zertifizierte:r Radiolog:in / Praxisleitung / MTR-Leitung

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

\_\_\_\_\_  
Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift