



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

## **Antrag auf Re-Zertifizierung „Fachkraft für Interventionelle Radiologie“**

Innerhalb von fünf Jahren müssen gezielte Fortbildungen im Bereich der Intervention nachgewiesen werden (30 CME-Punkte). Dies kann nicht nur über die Teilnahme an speziellen Kursen, sondern auch z.B. über die Teilnahme an Vorträgen zu interventionellen Themen auf Kongressen, als auch über Fachliteratur z.B. Radiopraxis und über Fortbildungen der DGMTR/DRG Onlineakademie oder der interaktiven Lehr und Lernplattform der DRG erfolgen. Maximal 15 CME-Punkte können auch durch den Nachweis praktischer Erfahrungen (Teilnahme an interventionellen Untersuchungen, 5 Untersuchungen = 1 CME-Punkt) erlangt werden. Der Nachweis kann entweder durch Bestätigung des Leiters der Einrichtung erfolgen, als auch durch Nachweis über die DeGIR Qualitätssoftware oder Nachweis aus dem RIS – System der Einrichtung. Dies gilt analog für Hospitationen in Zertifizierten DeGIR – Zentren.

Nach fünf Jahren muss eine Aktualisierung des Zertifikats bei der DRG mit dem Nachweis der CME-Punkte beantragt werden.

Übergangsregelung: Pandemiebedingt wird die Zeit für die Aktualisierung auf sieben Jahre verlängert. Diese Regelung gilt bis Ende 2024.

### **Gebühren:**

Für DGMTR-Mitglieder fallen für die Rezertifizierung keine Gebühren an. Nicht-Mitglieder zahlen für die Zertifizierung eine Gebühr von 50,00 Euro (zzgl. MwSt.). Sie können als MTR ggf. DGMTR-Mitglied werden (Sie können auf [www.dgmtr.de](http://www.dgmtr.de) mit wenigen Klicks Mitglied werden).

### **Bitte die vollständigen Unterlagen schicken an:**

DGMTR in der Deutschen Röntgengesellschaft

Dr. Erik Gührs

vorzugsweise per E-Mail an [dgmtr@drg.de](mailto:dgmtr@drg.de) (Unterlagen bitte als eine PDF-Datei versenden)

oder per Post an: DGMTR in der Deutschen Röntgengesellschaft, Dr. Erik Gührs, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

**Angaben zum/zur Antragsteller/-in:**

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

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

DGMTR-Mitgliedschaft  ja  nein

Mitgliedschaft beantragt

**Dienstanschrift:**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Gültiges Zertifikat:**

Ausstellungsdatum letztes Zertifikat (bitte Kopie beifügen): \_\_\_\_\_



