



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

## **Antrag Zertifizierung „Fachkraft für kardiovaskuläre Bildgebung“**

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

DGMTR in der Deutschen Röntgengesellschaft

Dr. Erik Gührs

vorzugsweise per Email 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

### **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).



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): \_\_\_\_\_

MTR/MTRA-Staatsexamen - Abschluss vom \_\_\_\_\_

(Kopie beifügen)



Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Technolog:innen für Radiologie

### 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).

Datum	Ort	Modul/Titel der Veranstaltung	CME-Punkte

### Bescheinigung über Kenntnisse in der kardiovaskulären Diagnostik

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

**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: 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