

Bitte beachten: Dieser Antrag ist nur gültig für ZFA / ZAH die in Hessen tätig sind

Gemäß §§ 47, 48, 49 StrlSchV

Vorname: _____

Name: _____

Berufsbezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ _____

Ort: _____

geboren am: _____

in: _____

Telefonnummer (falls Fragen zum Antrag) _____

bei der Landeszahnärztekammer Hessen als zuständiger Stelle nach § 11 Abs. 5 Nr. 2 Arbeitsschutz-
ständigkeitsverordnung die Möglichkeit einer Nachholung der Aktualisierung der am **(Datum wann der
Rö. Schein erhalten wurde / letzte Aktualisierung)**: _____ (bitte Datum
eintragen) erworbenen Kenntnisse im Strahlenschutz.

Eine fristgerechte Aktualisierung der Kenntnisse konnte aus folgenden Gründen nicht vorgenommen wer-
den (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Auslandsaufenthalt
von: _____ bis: _____ | <input type="checkbox"/> | Mutterschutz oder Elternzeit
Geb. Daten 1. Kind _____
2. Kind _____
3. Kind _____ |
| <input type="checkbox"/> | Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit
von: _____ bis: _____ | <input type="checkbox"/> | Nichtverfügbarkeit einer geeigneten
Fortbildungsmaßnahme |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiger, dringender Grund in der
Person des Aktualisierungspflichtigen. | | |
- (Bitte Grund angeben) _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wird von der Zahnärztlichen Stelle Röntgen der Landeszahnärztekammer Hessen ausgefüllt!

Die Zahnärztliche Stelle Röntgen der Landeszahnärztekammer Hessen

- bestätigt die Möglichkeit zur Nachholung der Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß §§ 47, 48, 49 StrlSchV

Diese Bestätigung wird verbunden mit folgender Auflage:

- Dem zeitnahen Besuch eines geeigneten Kurses zur Aktualisierung der Kenntnisse

.....

- kann dem Antrag auf Möglichkeit einer Nachholung der Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz nicht entsprechen.

Begründung:

.....

.....

Frankfurt, den _____

Unterschrift, Stempel der Zahnärztliche Stelle Röntgen LZK Hessen

Einwilligung: Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

**Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich.
Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.**