

**Antrag auf Erweiterung der Zertifizierung als klinische:r  
Medizinphysiker:in (DGMP)**

gemäß Weiterbildungsordnung der DGMP 2025 (WBO2025)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Akademischer Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_

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

DGMP-Mitgliedsnr.<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_**Dienstanschrift**

Uni/Einrichtung \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_

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

Postanschrift  Dienst  PrivatRechnungsanschrift  Dienst  Privat**Erweiterung Fachgebiet**

Ich beantrage die Erweiterung der Zertifizierung als klinische:r Medizinphysiker:in für das folgende Fachgebiet (s. Tab. 1):

\_\_\_\_\_

Die Zertifizierung als MP besteht bereits für die folgenden Fachgebiete

Fachgebiet \_\_\_\_\_

Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_

Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

*Bitte Kopien bestehende Zertifizierung (inkl. der aktuellen Rezertifizierung) als MP als ein PDF beilegen.*

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> siehe DGMP-Homepage unter Mitgliedschaft – Meine Daten

**Fachkunde im Strahlenschutz (nur bei Erweiterung um die Fachgebiete N6.  
Strahlentherapie, N7. Nuklearmedizin, N8. Röntgendiagnostik)**

Fachkunde MPE für folgende Anwendungsgebiete

- Strahlentherapie       Nuklearmedizin       Röntgendiagnostik
- Sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

letzte Fachkundeaktualisierung – Datum der Ausstellung \_\_\_\_\_

*Bitte Kopien Fachkundebescheinigungen und ggf. letzte Fachkundeaktualisierungen als ein PDF anfügen.***Nachweis von mind. 4 Vollzeit-Jahren praktischer Berufserfahrung im beantragten  
Fachgebiet unter Begleitung eines:r Weiterbildungsermächtigten (Mentor:in)**

Name, Vorname Mentor:in (Weiterbildungsermächtigte:r) \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Beginn der praktischen Berufserfahrung (der antragstellenden Person) \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie im Folgenden Ihre Anstellungen der vergangenen vier Jahre an:

<u>Institution</u>	<u>Zeitraum<sup>2</sup></u>	<u>Unterschrift Arbeitgeber<sup>3</sup></u>

*Die Zeit für die Sachkunde zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz als MPE wird hier berücksichtigt.*<sup>2</sup> Bei Teilzeitbeschäftigungen die Arbeitszeit im Verhältnis zur Vollzeitbeschäftigung in Prozent angeben.<sup>3</sup> Die Unterschrift des jeweiligen Arbeitgebers ist einzuholen, wenn Ihr:e WBE von einer externen Institution stammt oder Sie in den vergangenen vier Jahren an mehreren Institutionen tätig waren. Falls Sie die Unterschriften nicht einholen können, können Sie ersatzweise andere Nachweise zu Ihrer beruflichen Tätigkeit beilegen (bspw. Tätigkeitsnachweise, Arbeitszeugnisse etc.).

Ggf. Erläuterungen bei einer Teilzeittätigkeit \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die antragstellende Person während ihrer praktischen Tätigkeit als Mentor:in begleitet habe.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Mentor:in \_\_\_\_\_

**Fort- und Weiterbildungen (150 Leistungspunkte – LP - im beantragten Fachgebiet)**

Anzahl LP im beantragten Fachgebiet (min. 150 LP) \_\_\_\_\_

*Bitte nutzen Sie für den Nachweis der Fort- und Weiterbildungen die Excel-Tabelle „Anlage Fort- und Weiterbildungen“ und legen die entsprechenden TN-Bescheinigungen als Kopie in einem PDF bei. Bitte nummerieren Sie die Bescheinigungen im PDF entsprechend der Nummerierungen in der Tabelle.*

**Datenschutzerklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir der Fachanerkennungskommission mitgeteilten persönlichen Daten für die Antragszwecke an Gutachter:innen der DGMP weitergeleitet werden. Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten E-Mail-Anhangs zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit per E-Mail an [office@dgmp.de](mailto:office@dgmp.de) widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller:in \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Ihre Antragsunterlagen in **einem pdf-Dokument mit allen Anlagen in korrekter Reihenfolge** an [office@dgmp.de](mailto:office@dgmp.de).

- Kopien bestehende Zertifizierung (inkl. der aktuellen Rezertifizierung) als MP
- Ggf. Kopien Fachkundebescheinigungen und ggf. letzte Fachkundeaktualisierungen
- Ggf. Nachweise über berufliche Tätigkeiten (Tätigkeitsnachweise, Arbeitszeugnisse etc.)
- Anlage Fort- und Weiterbildungen als separate Excel-Tabelle
- Kopien der TN-Bescheinigungen der in der Anlage Fort- und Weiterbildungen aufgeführten Fort- und Weiterbildungen, die entsprechend der Nummerierung in der Tabelle nummeriert sind.

Unvollständige oder nicht korrekt zusammengestellte Anträge werden **nicht bearbeitet**.

**Tabelle 1: Fachgebiete**

N6. Strahlentherapie	N14. Physikalische Messtechniken in der Medizin
N7. Nuklearmedizin	N15. Medizinische Akustik
N8. Röntgendiagnostik	N16. Physiologische Optik und Lichttechnik
N9. Klinische Audiologie	N17. Bilderzeugung und Bildverarbeitung in der Medizin
N10. Klinische Anwendungen von Lasern	N18. Physikalische Medizin
N11. Klinisch-medizinische Optik	N19. Strahlenschutz in der Medizin
N12. Klinische Anwendung von Ultraschall	N20. Klinische Medizininformatik
N13. Klinische Anwendung der Magnetresonanz	