

Antrag auf Zertifizierung als Weiterbildungsermächtigte:r (DGMP)

gemäß Weiterbildungsordnung der DGMP 2025 (WBO2025)

Name, Vorname _____ Akademischer Titel _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort, Land _____

E-Mail: _____ Telefon _____

DGMP-Mitgliedsnr.¹: _____**Dienstanschrift**

Uni/Einrichtung _____

Abteilung _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort, Land _____

E-Mail: _____ Telefon _____

Postanschrift ☐ Dienst ☐ Privat

Die Zertifizierung als klinische:r Medizinphysiker:in besteht bereits für die folgenden Fachgebiete

Fachgebiet _____

Datum der Ausstellung _____

Fachgebiet _____

Datum der Ausstellung _____

Fachgebiet _____

Datum der Ausstellung _____

Bitte Kopien bestehende Zertifizierung (inkl. der aktuellen Rezertifizierung) als klinische:r Medizinphysiker:in als ein PDF beilegen.

¹ siehe DGMP-Homepage unter Mitgliedschaft – Meine Daten

Beantragtes Fachgebiet als Weiterbildungsermächtigte:r

Ich beantrage die Weiterbildungsermächtigung für das folgende Fachgebiet (siehe Tabelle 1):

Beschäftigung und Ausstattung der Weiterbildungsinstitution

Beginn der (Vollzeit-)Beschäftigung im beantragten Fachgebiet _____

Bitte geben Sie im Folgenden Ihre Beschäftigung im beantragten Fachgebiet von mindestens sechs Jahren an:

<u>Institution²</u>	<u>Zeitraum³</u>

Ich erfülle die Anforderungen der WBO an die apparative Ausstattung an meiner Weiterbildungsinstitution (auch durch Kooperation mit anderen Institutionen möglich) - siehe Beschreibung der Ausstattung Weiterbildungsinstitutionen

☐

Ja

☐

Nein

Die Weiterbildungsermächtigung ist immer auch an die Weiterbildungsinstitution gebunden. Bei einem Arbeitsplatzwechsel der zur Weiterbildung ermächtigten Person in eine andere Einrichtung muss die Weiterbildungsermächtigung neu beantragt werden.

² Bei Teilzeitbeschäftigungen die Arbeitszeit im Verhältnis zur Vollzeitbeschäftigung in Prozent angeben.

³ 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.).

Hiermit beantrage ich die Zertifizierung als Weiterbildungsermächtigte:r

Ich bin einverstanden, dass bei Erteilung der Weiterbildungsermächtigung mein Name, Ort der Weiterbildungseinrichtung und das Fachgebiet in der Liste der Weiterbildungsermächtigten auf der Homepage der DGMP erscheint.

Datum _____ Unterschrift Antragsteller:in _____

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 widerrufen.

Datum _____ Unterschrift Antragsteller:in _____

Bitte senden Sie Ihre Antragsunterlagen in **einem pdf-Dokument mit allen Anlagen in folgender Reihenfolge** an office@dgmp.de.

- Kopien bestehende Zertifizierung als MP
- Ggf. aktuelle Rezertifizierung als MP
- Ggf. Nachweis(e) der in der oben aufgeführten Tabelle genannten Beschäftigung(en)

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	