

## Registrierung (bitte ankreuzen und ausfüllen)

FAX 030 – 813 24 27

Ich registriere mich für nachfolgenden Weiterbildungsgang. Mit der Registrierung ist **keine** Teilnahmeverpflichtung an den Seminaren verbunden. Die Registrierung ist Voraussetzung für die Zertifizierung im Weiterbildungsgang/ Studienlehrgang. Sie gilt längstens für 5 Jahre.

### Fachqualifikation Biomedizinische Analytik

- Klinische Chemie & Pathobiochemie
- Hämatologie
- Immunhämatologie & Transfusionsmed.
- Mikrobiologie, Virologie & Hygiene
- Molekulare Biologie und Diagnostik
- Histologie

### Fachqualifikation Radiologietechnologie

- Radiologische Diagnostik (vollständig)
  - TQ: CT-Spezialisierung (60 h)
  - TQ: MRT-Spezialisierung (80 h)
  - TQ: Angio-Spezialisierung (60 h)
- Radioonkologie/Dosimetrie

### Pädagogische Weiterbildungen

- Medizinpädagogik
- Mentoring/ Praxisanleitung

### Studienlehrgänge Management

- Gesundheitsbetriebswirtschaft (Leitung)
- POCD-Management
- Med. Informationstechnologien

Name, Vorname \_\_\_\_\_

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

Staatliche Prüfung als (Fach/Datum): \_\_\_\_\_

Private Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Institution): \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_ Fax dstl. \_\_\_\_\_ E-Mail dstl.: \_\_\_\_\_

eGBR-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglied DIW-MTA:  nein  ja, Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

\* Ich akzeptiere mit meiner Registrierung die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für den entsprechenden Weiterbildungsgang in der zum Zeitpunkt der Registrierung gültigen Fassung. Diese Fassung ist Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift\*