



48147 Münster, Gartenstraße 210 - 214, Telefon 0251 929-2317/2322,  
E-Mail: [focke@aekwl.de](mailto:focke@aekwl.de), [siegmund@aekwl.de](mailto:siegmund@aekwl.de)

## Antrag auf Genehmigung einer Kursveranstaltung gemäß Strahlenschutzverordnung

**Veranstalter:**  
(Name, Anschrift)

---

**Ärztl. Antragsteller/  
Wissenschaftlicher Leiter:**

---

**Stellvertr. Wissenschaftl. Leiter:**

---

**Ansprechpartner:**  
(Tel. und E-Mail)

---

**Kursbezeichnung/Titel:**

---

**Zielgruppe:**

---

**Termin:**

---

**Veranstaltungsort/Raum:**

---

**Erwartete Teilnehmerzahl:**

---

**Teilnehmergebühren:**

---

**Angabe des Portalzuganges für die Online-Phase des Kurses:** \_\_\_\_\_

**Veröffentlichung in der Liste der anerkannten Kursveranstalter auf der Homepage der Ärztekammer Westfalen-Lippe:**

 ja

 nein

**Wird die Zertifizierung der Veranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikates der ÄKWL beantragt?**

 ja

 nein

(wenn ja, dann die Konformitätserklärung des Wissenschaftlichen Leiters beifügen)

**Bitte folgende Unterlagen beifügen:**

- detailliertes Kursprogramm mit Angabe der Unterrichtsdauer und Name des jeweiligen Referenten
- Kursskript, ggf. Folien  
(nur bei Neuantrag oder Änderungen)
- Angabe zur Veranstaltungsform und Kursaufbau, z. B. Präsenzveranstaltung, E-Learning, Blended Learning, virtuelles Klassenzimmer, etc. inkl. der Anteile von synchronen und asynchronen Lernphasen sowie ggf. Praktika
- Angabe zur Nutzung eines freien Angebotszugangs für die asynchrone Lernphase, als auch eine freie Teilnahme an synchronen Lernphasen für die Ärztekammer im Rahmen der Aufsicht nach erfolgter Kursanerkennung
- Referentenliste (jeder Referent muss mit vollständigem Namen angegeben werden)
- Qualifikationsnachweise der Referenten und Referentinnen
- Beschreibung der Ausstattung der Kursstätte (z. B. Angabe zur Technik, Raumgröße, etc.)
- Prüfungsfragen mit Antworten
- Muster-Teilnahmebescheinigung
- Kursevaluation (Musterbogen)  
(nur erforderlich, wenn Fortbildungspunkte beantragt werden)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ärztl. Antragstellers/Wiss. Leiters