



Ärztekammer Hamburg

Weidestr. 122 b

22083 Hamburg

Tel.: 040 / 20 22 99 – 276

(Telefonische Sprechzeiten Mo, Mi, Do von 9 bis 12 Uhr)

Fax: 040 / 20 22 99 - 430

Email: Fachkunde@aekhh.de

ANTRAG AUF ERTEILUNG DER FACHKUNDE gemäß NiSV
(Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen)

- approbierter Arzt / approbierte Ärztin
- Fachärztin / Facharzt für "Haut- und Geschlechtskrankheiten"
- Fachärztin / Facharzt für "Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie"

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

in _____

Privatanschrift: _____

Tel. privat: _____

E-Mail: _____

Dienstanschrift: _____

Tel. dienstlich: _____

- Hiermit erkläre ich, dass sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führender Korrespondenz per E-Mail erfolgen kann.

bitte ankreuzen:

§ 5 Fachkunde zur Anwendung von Lasereinrichtungen und intensiven Lichtquellen

Einzureichende Unterlagen:

- Fachärztin / Facharzt für "Haut- und Geschlechtskrankheiten" und/oder Fachärztin / Facharzt für "Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie"
 - Facharzturkunde
- Approbierter Arzt / approbierte Ärztin
 - Approbationsurkunde
 - Fortbildungsnachweise (vergleichbar mit den Inhalten aus Anlage 3 Teil A in Verbindung mit Anlage 3 Teil B und Teil C)

§ 6 Fachkunde zur Anwendung von Hochfrequenzgeräten

Einzureichende Unterlagen:

- Fachärztin / Facharzt für "Haut- und Geschlechtskrankheiten" und/oder Fachärztin / Facharzt für "Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie"
 - Facharzturkunde
- Approbierter Arzt / approbierte Ärztin
 - Approbationsurkunde
 - Fortbildungsnachweise (vergleichbar mit den Inhalten einer Schulung Anlage 3 Teil A in Verbindung mit Anlage 3 Teil B und Teil D)

§ 7 Fachkunde zur Anwendung von Anlagen zu dem elektrischen Nerven- und Muskelstimulation und zur Magnetfeldstimulation

- Fachkunde zur Anwendung von Niederfrequenzgeräten, Gleichstromgeräten und Magnetfeldgeräten zur transkutanen elektrischen Nervenstimulation oder zur Muskelstimulation oder zur Magnetfeldstimulation

Einzureichende Unterlagen:

- Approbierter Arzt / approbierte Ärztin
 - Approbationsurkunde
 - Fortbildungsnachweise (vergleichbar mit Teilnahmebescheinigung einer Schulung gemäß Anlage 3 Teil A in Verbindung mit Anlage 3 Teil E)

§ 8 Stimulation des Zentralen Nervensystems

Einzureichende Unterlagen:

- Approbierter Arzt / approbierte Ärztin
 - Approbationsurkunde
 - Fortbildungsnachweise entsprechender fachlicher Kenntnisse gemäß ärztlicher Weiterbildung oder Fortbildung

§ 9 Fachkunde zur Anwendung von Ultraschall

Einzureichende Unterlagen:

- Approbierter Arzt / approbierte Ärztin
➤ Approbationsurkunde

ANGABEN ZUM GERÄTETYP

Die erforderliche Fachkunde bezieht sich immer auf das zu **verwendende Gerät** und **deren** damit verbundene **Anwendung**.

Für das jeweilige Gerät ist zu prüfen, ob die Eigenschaften des Gerätes die Merkmale der Vorschrift [§ 2 Absatz 1 NiSV, Anlage 1](#) erfüllen.

Bitte entnehmen Sie die folgende Angabe der Bedienungsanleitung und / oder der zum Gerät gehörenden **Bedienungsanleitung** oder der **technischen Dokumentation**. Fehlen die benötigten Angaben kann es unter Umständen auch erforderlich sein, beim **Hersteller nachzufragen**.

Bei Plattformsystemen mit mehreren Technologien, z.B. Laser-, Blitzlampen- oder Ultraschallhandstücke, müssen alle Technologien angegeben werden

Angaben zur Identifikation des Gerätes:

Bezeichnung des Gerätes	
Hersteller	
ggfs. Name des Systems	
verwendeten Technologie, auch Kombinationen	<input type="checkbox"/> Ultraschallgerät <input type="checkbox"/> Lasereinrichtung <input type="checkbox"/> intensive Lichtquelle <input type="checkbox"/> Hochfrequenzgerät <input type="checkbox"/> Niederfrequenzgeräte <input type="checkbox"/> Gleichstromgeräte <input type="checkbox"/> Magnetfeldgeräte

Nachfolgende füge ich in beglaubigter Kopie (die Beglaubigung kann durch die Dienststelle erfolgen) bei:

- Facharzturkunde
 Approbationsurkunde
 Fortbildungsnachweise

Von der Beglaubigung der Kopie ausgenommen sind Facharzturkunden, die durch die Ärztekammer Hamburg ausgestellt worden sind.

Datum _____

Unterschrift _____