

**Departement Gezondheid en leefmilieu**

**Dienst Bescherming van de gezondheid**

 **REgistratieFORMULIER ALS GEBRUIKer
VAN RÖNTGENSTRALEN
VOOR DENTOMAXILLOFaciale Beeldvorming
(artikels 72-75 van het Besluit Medische Blootstellingen)**

1. **PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE AANVRAGER**

Naam en voornaam:

Geslacht:

Geboorteplaats en -datum:

Nationaliteit:

RIZIV nummer:

Rijksregisternummer:

Privé adres:

Tel:

E-mail:

*Het FANC streeft naar een vlotte en efficiënte behandeling van uw dossier, daarom verkiezen wij de communicatie omtrent uw registratie via e-mail te laten verlopen. Indien u een e-mailadres heeft ingevuld, zal dit adres gebruikt worden.*

**Universitaire opleiding**

***2.1. DIPLOMA TANDHEELKUNDE***Universiteit:
Jaar:
Datum visum van diploma:

***2.2. BASISopleiding in de stralingsbescherming***  ***\*bewijzen in bijlage toevoegen***

**2.2.1 Voor het gebruik van eenvoudige dentomaxillofaciale beeldvorming**

* Mijn volledige opleiding stralingsbescherming (15u) was opgenomen in bovenstaande basisopleiding tandheelkunde
* Ik volgde een bijkomende opleiding stralingsbescherming van 15u:
Universiteit:
Jaar:

**2.2.2 Voor het gebruik van dentomaxillofaciale beeldvorming met een cone beam CT (optioneel)**

Universiteit:

Jaar:

1. **Type radiologische uitrusting/toepassingsvorm die u wenst te gebruiken**
* Eenvoudige dentomaxillofaciale beeldvorming (intraoraal, panoramisch, cephalometrisch)
* Dentomaxillofaciale beeldvorming met een cone beam CT
* Andere:………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **UW REGISTRATIE**
 |
| Hierbij wens ik mij te registeren als het gebruiker van röntgenstalen voorO eenvoudige dentomaxillofaciale beeldvorming (intraoraal, panoramisch, cephalometrisch)O eenvoudige dentomaxillofaciale beeldvorming (intraoraal, panoramisch, cephalometrisch) en dentomaxillofaciale cone beam beeldvorming |
| **Ik zal mijn activiteiten als gebruiker van röntgentoepassingen voor dentomaxillofaciale beeldvorming starten op:** …… / …… / ……… |
| Datum:Handtekening: |