

Teleradiologie - arbeitstägliche Konstanzprüfung

Gerätename (Röntgengerät, Hersteller, Raum od. ID-Nr.): _____

Art des Bilddatensatzes: _____

Teleradiologiestrecke von: _____ bis: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Datum	Funktionsfähigkeit	Uhrzeit	Bemerkungen	Unterschrift des Prüfers
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
3	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
4	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
5	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
6	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
7	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
8	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
9	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
10	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
11	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
12	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
13	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
14	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
15	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
16	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
17	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
18	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
19	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
20	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
21	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
22	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
23	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
24	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
25	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
26	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
27	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
28	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
29	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
30	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
31	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			