

# C - Bogen /OP oder ähnlicher Einsatz

Röntgenstrahler:...../.....

Typ

Strahler Nr.

fest installiert       mobil

Standort, bzw. üblicher Einsatzort: .....

Betriebsübliche Bezeichnung / Typenbezeichnung:.....

ggf. betriebsinterne Identifikations-Nr.: .....

Hersteller:.....

Inbetriebnahme der Anlage: .....

Generator:.....

Typ

Leistung

Raster: .....

Bildempfänger:     BV       Festkörperdetektor

Ausstattung:       Durchleuchtung

Aufnahmefunktion

CBCT

DSA

Printer

Aufnahmearten:.....

.....

Aufnahmearten (z. B. Thorax): .....

.....

Betreiber:.....

Strahlenschutzverantwortliche(r): .....

ggf. Strahlenschutzbevollmächtigte(r): .....

Strahlenschutzbeauftragte:.....

**Mitbenutzer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung:**.....