Absender / Stempel / Betreiber

Röntgenaufnahme des Bereichs/Organs

Bitte für jeden Patienten sorgfältig und vollständig ausfüllen

Datum der Patientenaufnahme: .....

Patientenname: .....

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Altersgruppe: ☐ bis 12 Jahre ☐ 13 - 17J. ☐ ≥18 J.

Organ / Untersuchung: .....

Fragestellung bzw. rechtfertigende Indikation: .....

.....

Probleme bei der Anfertigung der Aufnahmen (ggfs. Begründung für Überschreitung der DRW): .....

Bitte legen Sie für CT-, Herz-CT-Untersuchungen, Coronarangiographien und AUG eine Befundzusammenfassung bei

Röntgengerät (Typ / Standort): .....

Zusatzfilter:

(Begründung, wenn zw. 13 u. 18 J. weggelassen) .....

Brennfleckgröße (Nennwert ohne Einheit): .....

Focus-Film-Abstand: .....cm

Belichtungsdaten, Dosisflächenprodukt und Dosisindikator (DI ohne Einheit)

1. Ebene (☐ ap /☐ lat): ..... kV .....mAs ..... ms ..... cGy*cm^2.....DI

2. Ebene (☐ ap /☐ lat): ..... kV .....mAs ..... ms ..... cGy*cm^2 .....DI

3. Ebene (☐ ap /☐ lat): ..... kV .....mAs ..... ms ..... cGy*cm^2 .....DI

4. Ebene (☐ ap /☐ lat): ..... kV .....mAs ..... ms ..... cGy*cm^2 .....DI

Streustrahlenreduktion (z.B. Rastertyp) .....

Empfindlichkeitsklasse (bei Film-/ Foliensystem) .....

bei Mammographien: Kompressionsdruck re Mamma: cc.....[N] mlo .....[N]

bei Mammographien: Kompressionsdruck li Mamma: cc.....[N] mlo .....[N]

bei Mammographien: AGD re Mamma: cc.....mSv mlo .....mSv

bei Mammographien: AGD li Mamma: cc.....mSv mlo .....mSv