



Betreiber Nr.: _____ (Bitte immer angeben)
 Institution: _____
 Abteilung: _____
 Straße: _____
 Ort: _____

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 Durchleuchtungsuntersuchungen einen Befundbericht 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*cm² DI

2. Ebene (ap / lat): kV mAs ms cGy*cm² DI

3. Ebene (ap / lat): kV mAs ms cGy*cm² DI

4. Ebene (ap / lat): kV mAs ms cGy*cm² 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