BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER
Ärztliche Stelle gem. § 128 StrlSchV
Röntgendiagnostik

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

Angaben zu CT- Untersuchungen

Bitte für jeden Patienten sorgfältig und vollständig ausfüllen

Datum der Patientenaufnahme: .....

Patientenname: .....

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

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

Organ / Untersuchung: .....

Fragestellung bzw. rechtfertigende Indikation: .....

.....

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

Bitte legen Sie zusätzlich einen Befundbericht bei!

<u>Angaben zum CT-Gerät:</u>

Firma: ..... Typ: .....

☐ CBCT ☐ 2-Röhren-CT Anzahl der Zeilen .....

☐ iterative Rekonstruktion ☐ Dual Energy Gantrykippung möglich? ☐ Ja ☐ Nein

<u>Technische Angaben zur Untersuchung:</u>

Bitte legen Sie den DICOM-Dosisreport für diese Untersuchung mit vor.

Protokollname und Anzahl der Serien: .....

Hochkontrast- / Low Dose-Protokoll (z.B. Lunge, NNH, Steinsuche?) ☐ Ja ☐ Nein

Röhrenspannung /-en: ..... kV

Dosismodulation genutzt ☐ Ja ☐ Nein

Iterative Rekonstruktio genutzt ☐ Ja ☐ Nein

$CTDI_{Vol}$ pro Serie* 1.....2. .....3.....mGy

Dosislängenprodukt DLP pro Serie* 1.....2. .....3.....mGy*cm

Bei CBCT (wenn kein CTDI und DLP verfügbar, dann DFP).....cGy*cm²

*nur für diagnostische Serien, nicht für Übersichtsaufnahme und Bolustrigger