

Unterschrift Strahlenschutzverantwortlicher (oder Strahlenschutzbeauftragter oder Strahlenschutzbevollmächtigter) Datum, Stempel der Einrichtung

Auskunftsbogen (für jeden Standort bitte extra ausfüllen) **Bitte geben Sie Auskunft zu:**

1. Dosismanagementsystem zur Überwachung der Einhaltung von DRW (diagnost. Referenzwerte)
2. zuständiger Medizinphysik-Experte (MPE) und Medizintechniker (Röntgentechniker)
3. Nutzer der Röntgenanlagen
4. weitere Angaben

Bitte alle Punkte beantworten.

Ihre E-Mail (+ Name) für evtl. Rückfragen	<input type="checkbox"/> Medizintechnik: <input type="checkbox"/> vertraglich gebundener MPE (bei CT u./o. DL mit Interventionen): <input type="checkbox"/> Arzt: <input type="checkbox"/> Verwaltung:
--	---

Rechnungsanschrift:

Strahlenschutzverantwortliche(r):

Bitte alle SSV auflisten.

Titel/ Name	Vorname	Anschrift

1. Dosismanagementsystem zur Überwachung der Einhaltung von DRW

Wir dokumentieren laufend das Dosisflächenprodukt und die Begründung bei Abweichungen

- ja, seit (mm/jjjj) in: (z.B.: Excel-Tabelle o.ä.)
- ja, seit (mm/jjjj) in einem "professionellen" Dosismanagementsystem (Typ/ Firma):
-

- nein, keine zeitnahe regelmäßige Dokumentation und Analyse der DFP-Werte (Begründung bei Abweichung)

2. Medizinphysikexperte(n) (MPE) und Medizintechniker (Röntgentechniker)

MPE nur für Untersuchungen mit CT oder dreidimensionaler Bildgebung von Objekten mit niedrigem Röntgenkontrast (außer Tomosynthese) und/oder Durchleuchtungen mit erheblicher Exposition (Interventionen) - es existiert ein schriftl. Vertrag zur MPE-Einbindung

	Titel/ Name	Vorname	Kontaktdaten (Anschrift, Tel., E-Mail)	Fachkunde (FK) des MPE Bitte ankreuzen.	für Röntgenanlage(n)
1				<input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Teil-FK:	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DL mit Intervention <input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Teil-FK:	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DL mit Intervention <input type="checkbox"/>

3. alle Nutzer (Ärzte) der Röntgenanlage(n), die die rechtfertigende Indikation (RI) stellen, bitte in untenstehende Tabelle eintragen (Ärzte, die ausschließlich in Krankenhäusern angestellt sind, bitte nicht eintragen):

Nr.	Titel/ Name	Vorname	Dienstanschrift Bitte nicht zutreffendes streichen.	Röntgengerät Hersteller Generator/ Fabrikations-Nr. Röntgenstrahler	Standort Röntgen- gerät (Adresse, bei KH zusätzlich Angabe Klinik, Station, Funktions- bereich)
1			Praxis/GP/Apparatagem./Praxisgem./ MVZ/Poliklinik/Krankenhaus/		
2			Praxis/GP/Apparatagem./Praxisgem./ MVZ/Poliklinik/Krankenhaus/		
3			Praxis/GP/Apparatagem./Praxisgem./ MVZ/Poliklinik/Krankenhaus/		
4			Praxis/GP/Apparatagem./Praxisgem./ MVZ/Poliklinik/Krankenhaus/		
5			Praxis/GP/Apparatagem./Praxisgem./ MVZ/Poliklinik/Krankenhaus/		

4. weitere Angaben:

4.1 Werden Röntgenaufnahmen von Kindern und Jugendlichen (0 bis 18 Jahre) angefertigt?

- nein
- ja, dann unbedingt, wie im Hinweisblatt „Einzureichende Unterlagen“ gefordert, vorlegen

4.2 Führen Sie Knochendichtemessungen durch?

- nein
- ja

4.3 Senden Sie Patientenaufnahmen aus Ihrer Einrichtung per Teleradiologie zur Erstbefundung?

- nein
- ja

4.4 Befunden Sie Patientenaufnahmen per Teleradiologie?

- nein
- ja, aus folgender Einrichtung:

4.5 liegt ein Verfahren vor, mit dem Vorkommnisse in systematischer Weise erkannt und bearbeitet werden? (bitte §§105, 109 sowie Anlage 14 StrlSchV beachten)

- nein
- ja, bitte vorlegen