

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. Knochendichtemessung
  5. Teleradiologie
- Bitte alle Punkte beantworten.

<b>Ihre E-Mail</b> (+ 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

- seit .... / ..... (mm/jjjj) in: (z.B.: Excel-Tabelle o.ä.) .....
- seit .... / ..... (mm/jjjj) in einem "professionellen" Dosismanagementsystem (Typ/ Firma): .....
- .....  mit automat. Warnmeldung bei DRW-Überschreitung
- Im Durchschnitt wurden keine erheblichen DFP-Auffälligkeiten ( $\geq 30\%$  oberhalb der DRW) festgestellt.
- Im Durchschnitt wurden erhebliche DFP-Auffälligkeiten ( $\geq 30\%$  oberhalb der DRW) festgestellt:  
 Untersuchungsarten: ..... an Anlage: .....
- Untersuchungsarten: ..... an Anlage: .....
- keine zeitnahe regelmäßige Dokumentation/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.)	Fachkunde (FK) des MPE Bitte ankreuzen.	für Röntgenanlage(n)
<b>1</b>				<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"/> .....
<b>2</b>				<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. Angaben zur Knochendichtemessung:**

Führen Sie Knochendichtemessungen durch?

nein

ja

Hersteller DEXA-Anlage/Fabrikationsnummer Röntgenstrahler:

.....

Standort der Knochendichtemessanlage (Adresse; bei KH zusätzlich Angabe Klinik, Station, Funktionsbereich):

.....

weitere Mitnutzer:

Nr.	Einrichtung/ Name, Vorname	Dienstanschrift
1		
2		
3		

#### **5. Teleradiologie**

Senden Sie Patientenaufnahmen aus Ihrer Einrichtung per Teleradiologie zur Erstbefundung?

nein

ja zu folgenden Einrichtungen/Teleradiologen (Heimarbeitsplätze):

Nr.	Einrichtung/ Teleradiologe Name, Vorname	Anschrift der Einrichtung/des Teleradiologen (Homeoffice)
1		
2		
3		

Befunden Sie Patientenaufnahmen per Teleradiologie?

nein

ja, aus folgender Einrichtung: .....