

Rückantwortbogen*
(Bitte ankreuzen.)

- digital
 analog

KONSTANZPRÜFUNG
(techn. Qualitätssicherung)

- Röntgenaufnahme
 Durchleuchtung (DL)
 mit Interventionen
 kombinierte Anlage
Röntgen & DL

Stempel (Anschrift)/ Unterschrift Strahlenschutzverantwortlicher
(Strahlenschutzbevollmächtigter bei Krankenhäusern)

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Ärztliche Stelle StrlSchV
Fachkommission Röntgen



Nr. der Röntgenanlage lt. Geräteliste

auch auf zugehörigen CDs + Unterlagen vermerken.

Anforderungsdatum:

*Verbleib in Ärztlicher Stelle. Bei Bedarf bitte vor Einreichung kopieren. Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen. Bitte für jede Röntgenanlage einen separaten Rückantwortbogen ausfüllen. V 7.0:01/2022

	Angaben zur Röntgenanlage/einzureichende Unterlagen (1a – 5d):	Felder mit weißem Hintergrund bitte ausfüllen.		Spalte frei lassen Nr. ÄSt.:
	Fabrikationsnummer Röntgenröhre/-strahler: (siehe bei 1a)			
	bei biplanaren Anlagen Fabrikationsnummer 2. Röntgenröhre/-strahler:			
	Generator (Schaltgerättyp) / Hersteller:	/		
	Anwendungsgeräte (Mammographie – separater Rückantwortbogen)	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> mobiles Aufnahmegerät	
		<input type="checkbox"/> Vertikal-Stativ	<input type="checkbox"/> mobiler C-Bogen	
		<input type="checkbox"/> Schwenk/Fahr-Stativ	<input type="checkbox"/> C-Bogen	
	Detektor	<input type="checkbox"/> Film-Folien-System <input type="checkbox"/> DLR/Speicherfolie CR <input type="checkbox"/> Bildverstärker <input type="checkbox"/> Flachdetektor <input type="checkbox"/>		
	Erstinbetriebnahme der Röntgenanlage	Datum:		<input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> lokale Archivier. <input type="checkbox"/> DFP-Messgerät <input type="checkbox"/> Fokus ok, wenn > 1,3; Auflösung:
	bei Röntgenanlage: teleradiolog. Nutzung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
1a	aktueller Sachverständigenbericht	Datum:		
1b	letzte Sachverständigen-Bescheinigung	Datum:		
1c	falls Mängel: Bitte Nachweis der Mängelbehebung	Mängel:		
		<input type="checkbox"/> behoben (mit Nachweis) <input type="checkbox"/> nicht behoben		

2	Abnahmeprüfung Prüfprotokoll der Röntgenanlage inkl. Protokolle der Monitore	Datum:	
3a	Teilabnahmeprüfung Prüfprotokolle aufgrund von Veränderungen, wie z.B. Strahlerwechsel, Softwareumstellungen, Generatortausch, Umstellung von analog auf digital, Standortwechsel	Datum: Grund der Teilabnahme:	
4a	Bezugswertermittlung aktuelle Protokolle	Datum:	
4b	Ur/Bezugsaufnahmen (Prüfkörperaufnahmen der aktuellen Bezugswertermittlung)	<input type="checkbox"/> beigelegt, Anzahl: <input type="checkbox"/> nicht auffindbar <input type="checkbox"/> keine Dokumentationsmöglichkeit vorhanden wie PACS, lokale Archivierung, Papierausdruck	
5a	Konstanzprüfung (KP) Röntgen KP-Protokolle u. Prüfkörperaufnahmen der letzten 12 Prüfungen vor dem Anforderungsdatum vorgelegter Zeitraum: <input type="text"/>	Röntgen konventionell: Genutzte Anwendungsgeräte: <input type="checkbox"/> Rö. Tisch FE <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> Rö. Tisch BA <input type="checkbox"/> Schwenk/Fahr FE <input type="checkbox"/> Rö. RWG (Stativ) FE <input type="checkbox"/> Schwenk/Fahr BA <input type="checkbox"/> Rö. RWG (Stativ) BA	
5b	Konstanzprüfung (KP) Durchleuchtung KP-Protokolle u. Prüfkörperaufnahmen der letzten 12 Prüfungen vor dem Anforderungsdatum vorgelegter Zeitraum: <input type="text"/>	Durchleuchtung: Genutzte Anwendungen: <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/> Aufnahmetechnik <input type="checkbox"/> Indirektaufnahme <input type="checkbox"/> 3D-Funktion <input type="checkbox"/> Dig. Fluoro-Radiographie <input type="checkbox"/> Durchleuchtung	DL-Formate: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5c	Konstanzprüfung (KP) Monitore KP-Protokolle aus dem vorgelegten Zeitraum KP Röntgen/ Durchleuchtung	Monitore: <input type="checkbox"/> arbeitstäglich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich	
5d	Prüfkörperaufnahmen der letzten 12 Prüfungen vor Anforderungsdatum	<input type="checkbox"/> beigelegt, Anzahl: <input type="checkbox"/> keine Dokumentationsmöglichkeit vorhanden wie PACS, lokale Archivierung, Papierausdruck	
6	Angaben zu Untersuchungen/ Untersuchungsmethoden der letzten 12 Monate nur für Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> OP – Kontrollen ohne Primärbefundung (z.B. Kontrolle Osteosynthesematerial) <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> Phlebographie <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Aneurysma/Aortenklappenimplantation/ Chemoembolisation/PTA/PCI und Koronarangiographie <input type="checkbox"/> andere Untersuchungen:	