


Rückantwortbogen*: KONSTANZPRÜFUNG
(Technische Qualitätssicherung)

- Bitte ankreuzen: digitale Mammographie
 analoge Mammographie
 Anlage mobil

Stempel (Anschrift)/ Unterschrift Strahlenschutzverantwortlicher (Strahlenschutzbevollmächtigter bei Krankenhäusern)	 Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts Ärztliche Stelle StrlSchV Fachkommission Röntgen
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anforderungsdatum:

Nr. der Röntgenanlage lt. Ihrer Geräteliste auf CD und Unterlagen vermerken

*Verbleib in Ärztlicher Stelle. Bei Bedarf bitte vor Einreichung kopieren. Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen. Für jede Röntgenanlage bitte separaten Rückantwortbogen ausfüllen.

	Felder mit weißem Hintergrund bitte ausfüllen.	Spalte frei lassen Nr. ÄSt.:
Angaben zur Röntgenanlage/einzureichende Unterlagen (1a-5e):		
Röntgenstrahler-Nr.		
Generator (Typ) u. Hersteller		
eingesetzte Technik	<input type="checkbox"/> analoge konventionelle Film-Mammographie (2D) <input type="checkbox"/> Speicherfolien-Mammographie (2D) CR <input type="checkbox"/> Digitale Flachdetektor-Mammographie (2D) <input type="checkbox"/> Tomosynthese (3D) <input type="checkbox"/> Tomobiopsie (Tomosynthese + Biopsie, 2D/3D)	
Anwendungsgeräte/ Systemtypen für die Biopsie (Abklärungsdiagnostik) <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie (unter Röntgenkontrolle) <input type="checkbox"/> Stereotakt. Stanzbiopsie (unter Röntgenkontrolle) <input type="checkbox"/> Stereotakt. Markierung (in Verbind. mit Röntgenkontr.) Bitte (arbeitstägl., monatl., jährl.) Konstanzprüfungen und bei eigenständiger Röntgeneinrichtung für Stereotaxie auch den aktuellen Sachverständigen-Prüfbericht u. die (Teil)abnahmeprüfungen beilegen.	<input type="checkbox"/> Stereotaxiezusatz (+ Mammographieeinrichtung werden mit unterschiedl. Bildempfängersystem betrieben) <input type="checkbox"/> Stereotaxiezusatz (+ Mammographieeinrichtung werden mit demselben Bildempfängersystem betrieben) <input type="checkbox"/> eigenständige Röntgeneinrichtung für Stereotaxie (Bilderzeugung, Bildempfänger) nur zu diesem Zweck	
Nutzung der Mammographie-Anlage je nach Nutzung sind verschiedene Unterlagen einzureichen: A – Unterlagen 5c, B – Unterlagen 5c, Patientenaufnahmen, DRW-Tabelle C – alle angeführten Unterlagen, Patientenaufnahmen, DRW-Tabelle	<input type="checkbox"/> A ausschließlich Screening-Betrieb (Prüfung durch das Mammographie-Referenzzentrum Berlin) <input type="checkbox"/> B Mischbetrieb (kurativ + Screening) <input type="checkbox"/> C rein kurative Nutzung	
Erstinbetriebnahme der Röntgenanlage	Datum:	
1a aktueller Sachverständigenbericht	Datum:	
1b aktuelle Sachverständigen-Bescheinigung	Datum:	
1c falls Mängel, bitte Nachweis der Mängelbehebung	Mängel: <input type="checkbox"/> behoben (mit Nachweis)	

2	Abnahmeprüfung (Prüfprotokoll der Röntgenanlage)	Datum:	
3	Teilabnahmeprüfung Prüfprotokolle aufgrund von Veränderungen, wie z.B. Strahlerwechsel, Softwareumstellungen, Generatöraustausch, Umstellung Analog -> Digitalbetrieb, Standortwechsel...	Datum: Grund:	
4a	Bezugswertermittlung aktuelle Protokolle	Datum:	
4b	Ur/Bezugsaufnahmen (Prüfkörperaufnahmen der aktuellen Bezugswertermittlung)	Anzahl:	
5a	Konstanzprüfung Protokolle der täglichen und wöchentlichen Prüfung der letzten 6 Monate vor Anforderungsdatum Protokolle der monatlichen Prüfung der letzten 12 Monate vor dem Anforderungsdatum	arbeitstägl. vom: bis: wöchentl. (nur analog) monatl.	
5b	Prüfkörperaufnahmen der täglichen (und wöchentlichen) Prüfung aus dem selben Monat wie die Patientenaufnahmen Prüfkörperaufnahmen der monatlichen Prüfung der letzten 12 Monate vor Anforderungsdatum	arbeitstägl. vom: bis: wöchentl. (nur analog) monatl.	
5c	aktuelle Jahreskonstanzprüfung (mit Prüfkörperaufnahmen, evtl. Nachweis Mängelbehebung)	<input type="checkbox"/> beigelegt, Datum: Mängel: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> behoben (mit Nachweis)	
5d	letzte Auswertung Niedrigkontrastauflösung (CDMAM nach EPQC) (mit Prüfkörperaufnahmen)	<input type="checkbox"/> visuell Datum: <input type="checkbox"/> automatisch Datum:	
5e	Stereotaxie Konstanzprüfungen (Zeitraum wie bei 5a) Zielgenauigkeit inkl. Prüfkörperaufnahmen (Zeitraum wie bei 5b)	arbeitstägl.: monatl.: jährl.:	
6	zugehörige(r) Befundungsmonitor(e)	Serien-Nr.:	