

Nummer	Einrichtung / Arzt	Strahlenschutzverantwortlicher/ Unterschrift	Bearbeitungsdatum	Begutachtungsdatum	Seite

# Patientenbegleitbogen für Durchleuchtungsuntersuchungen

Gerät Nr. entsprechend Ihrer Geräteliste:

Hersteller Generator:

DRW:

Fabrikationsnummer Röntgenstrahler:

graue Felder bitte frei lassen

Patienten <small>siehe Beispiel Rückseite</small>	Nr.	Region/ Untersuchung	kV	mA	DFP <small>Maß- einheit angeben</small>	DL- Zeit	Format	Brennfleck- nennwert <small>(Fokusgröße)</small>	Zusatz- filter	Raster <small>z.B. 40/12:1</small>	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											

Patienten <small>siehe Beispiel unten</small>	Nr.	Region/ Untersuchung	kV	mA	DFP <small>Maß- einheit angeben</small>	DL- Zeit	Format	Brennfleck- nennwert <small>(Fokusgröße)</small>	Zusatz- filter	Raster <small>z.B. 40/12:1</small>	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder	
		rechtfertigende Indikation												
		rechtfertigende Indikation												
		rechtfertigende Indikation												
		rechtfertigende Indikation												
		rechtfertigende Indikation												

**Beispiel:** Schubert, Thomas geb.: 15.08.1945

Datum der Röntgenuntersuchung: 15.12.2021

Patienten	Nr.	Region/ Untersuchung	kV	mA	DFP <small>Maßein- heit angeben</small>	DL- Zeit	Format	Brennfleck nennwert <small>(Fokusgröße)</small>	Zusatzfilter	Raster <small>z.B. 40/12:1</small>	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder	
Sch., T. m 15.08.1945		Oesophagus DL (mit Breischluck)	96	319	1202,2 cGycm <sup>2</sup>	0,2 min	48	0,8	-	80 15:1	Detektor	schlank; gehörlos	5	
15.12.2021		rechtfertigende Indikation z.A. Hiatushernie / Passagestörung?						bitte frei lassen						