


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.

	Angaben zur Röntgenanlage/ <b>einzureichende Unterlagen (1a-5e):</b>	Felder mit weißem Hintergrund bitte ausfüllen.		Spalte frei lassen	Nr. ÄSt.:
	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)			
	<b>Anwendungsgeräte/ Systemtypen für die Biopsie</b> (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"/> <b>Stereotaxiezusatz</b> (+ Mammographieeinrichtung werden mit unterschiedl. Bildempfängersystem betrieben) <input type="checkbox"/> <b>Stereotaxiezusatz</b> (+ Mammographieeinrichtung werden mit demselben Bildempfängersystem betrieben) <input type="checkbox"/> <b>eigenständige Röntgeneinrichtung für Stereotaxie</b> (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	<b>aktueller Sachverständigenbericht</b>	Datum:			
1b	aktuelle Sachverständigen-Bescheinigung	Datum:			
1c	falls Mängel, bitte Nachweis der Mängelbehebung	Mängel: <input type="checkbox"/> behoben (mit Nachweis)			

2	<b>Erste Abnahmeprüfung (meist Inbetriebnahme)</b> Prüfprotokoll der Röntgenanlage	Datum:	
3	<b>Aktuelle (Teil-)Abnahmeprüfung</b> Prüfprotokolle aufgrund von Veränderungen, wie z.B. Strahlerwechsel, Softwareumstellungen, Generatöraustausch, Umstellung von Analog- auf Digitalbetrieb, Standortwechsel...	Datum: Grund:	
4a	<b>Bezugswertermittlung</b> aktuelle Protokolle	Datum:	
4b	Prüfkörperaufnahmen der aktuellen Bezugswertermittlung	<input type="checkbox"/> beigelegt      Anzahl: .....  Medium: <input type="checkbox"/> Ausdruck <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB  <input type="checkbox"/> nicht auffindbar <input type="checkbox"/> keine Dokumentationsmöglichkeit wie PACS, lokale Archivierung, Papierausdruck vorhanden	
5a	<b>Konstanzprüfung</b> Protokolle der <b>täglichen und wöchentlichen Prüfung der letzten 6 Monate vor Anforderungsdatum</b> Protokolle der <b>monatlichen Prüfung der letzten 12 Monate vor dem Anforderungsdatum</b>	vom:                      bis: arbeitstägl. wöchentl. (nur analog) monatl.	
5b	Prüfkörperaufnahmen der <b>täglichen (und wöchentlichen) Prüfung aus dem selben Monat wie die Patientenaufnahmen</b> Prüfkörperaufnahmen der <b>monatlichen Prüfung der letzten 12 Monate vor Anforderungsdatum</b>	vom:                      bis: arbeitstägl. 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	<b>Stereotaxie</b> Konstanzprüfungen (Zeitraum wie bei 5a) Zielgenauigkeit inkl. Prüfkörperaufnahmen (Zeitraum wie bei 5b)	arbeitstägl.: monatl.: jährl.:	
6	zugehörige(r) Befundungsmonitor(e) → <b>bitte Formular Befundungsmonitore ausfüllen</b>	Serien-Nr.:	