

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	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder/ Serien
		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	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder/ Serien
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											
		rechtfertigende Indikation											

**Beispiel:** Musterfrau, Sabine geb.: 02.02.1950

Datum der Röntgenuntersuchung: 01.12.2023

Patienten	Nr.	Region/ Untersuchung	kV	mA	DFP <small>Maßein- heit angeben</small>	DL- Zeit	Format	Brennfleck nennwert <small>(Fokusgröße)</small>	Zusatzfilter	Raster	BV/ DR- System	Bemerkung	Anzahl Bilder/ Serien
M., S. w 02.02.1950		Oesophagus DL (mit Breischluck)	100	319	1202,2 cGycm <sup>2</sup>	0,2 min	25	0,8	0,1 mm Cu	ja	Detektor	schlank; gehörlos	5
01.12.2023		rechtfertigende Indikation z.A. Hiatushernie / Passagestörung?						bitte frei lassen					