

Rückantwortbogen*: KNOCHENDICHTEMESSANLAGE

* Verbleib in Ärztlicher Stelle. Bei Bedarf bitte vor Einreichung kopieren.
Bitte alle Seiten ausfüllen.

Strahlenschutzverantwortlicher: Datum, Stempel, Unterschrift
Strahlenschutzbevollmächtigter bei Krankenhäusern, **E-Mail-Adresse**

Bitte füllen Sie nachfolgende Tabellen aus:

1. Geräteangaben:

1.1	Röntgenstrahler-Nr.: (Fabrikat.- Nr. der Röhre)	
1.2	Hersteller: (Generator)	
1.3	Anlagenbezeichnung:	
1.4	Standort der Anlage:	

2. Folgende Unterlagen Ihrer Einrichtung sind bitte als Kopie einzureichen:

2.1	Abnahmeprotokoll mit erster Phantommessung vom... (nur wenn nicht auffindbar alternativ erster Sachverständigenbericht)	
2.2	aktueller Sachverständigenbericht vom...	
2.3	regelmäßige Phantommessungen der letzten 12 Monate	
2.4	arbeitstägliche Kalibrierung im Zeitraum:	
2.5	DXA/DEXA-Messprotokolle (Farbkopie) von 10 Patientenserien je Nutzer aus dem Zeitraum: Bitte durchnummerieren! (1-10)	
2.6	die rechtfertigende Indikation zu den 10 Patienten je Nutzer (bei Bedarf mit relevantem Anamnese-Ausschnitt) bitte in die Tabelle unter „4. rechtfertigende Indikation“ eintragen	
2.7	Arbeitsanleitung (Patientenlagerung)	
2.8	Patientenliste aller untersuchten Patienten von	

* Liegen aus dem o. g. Zeitraum nicht genügend DXA/DEXA-Messprotokolle vor, bitte den Zeitraum geringfügig (bis auf die 10 einzureichenden Patienten-Messprotokolle) erweitern.

3. Zusätzlich zu den T-, Z- BMD-Messwerten und –kurven müssen die Messprotokolle folgende Informationen enthalten:

- Name, Vorname
 - Geburtsdatum, Alter
 - Größe/Gewicht
 - Geschlecht/ethnische Herkunft
 - Messdatum
 - verantwortlicher Arzt
 - Einrichtung
 - graphische Darstellung der Messorte/Messpunkte mit Einzeichnung der ROI
 - Hersteller der Anlage/Anlagentyp
- bei Verlaufskontrollen bitte die Vorbefunde und die Medikation hinsichtlich Osteoporosetherapie mit einreichen

4. rechtfertigende Indikation

Wir legen besondere Aufmerksamkeit auf die "rechtfertigende Indikation" (Bitte 1-3 schlüssige Sätze, wenn notwendig - mit Hinterlegung durch Anamnese-Ausschnitte.)

Mess- proto- koll-Nr.	Pat.-Initialen (geb.) w/m Bsp.: P.M. (20.4.60) m	vollständige, aussagefähige rechtfertigende Indikation
1		
2		
3		
4		

5		
6		
7		
8		
9		
10		

Arzt (Stellung der rechtfertigenden Indikation)
Datum, Stempel, Unterschrift: