Ärztliche Stelle nach Röntgenverordnung
Land Sachsen-Anhalt

Formblatt: Patientendokumentation
Röntgen Mammographie

Organgruppe:

Mammographie

Betreiber:
(Stempel/Datum/Unterschrift)

Datum:

Anwendungsgerät: _____

Betriebsnummer: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patient (Name oder Initialen und Geb.-Jahr)	Rechtfertigende Indikation	Spannung (kV)	Anoden-Filter-Kombination	Einfall- oder Oberflächendosis (mGy)	Strom – Zeit – Produkt (mAs)	Fokus-Haut-Abstand (cm)	Brustdicke nach Kompression (cm)	Dosis der Ko.-Prüfung (mGy)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen, keine Abkürzungen verwenden. Abweichende Einheiten sind anzugeben.
Die **Spalten 1-4** sind immer auszufüllen. Sofern eine Dosisangabe in **Spalte 5** angegeben werden kann, entfallen die Angaben in den **Spalten 6 bis 8**.
In **Spalte 5:** nicht zu treffendes zu streichen. Hat Ihr Mammogaphiegerät keine Anzeige der Dosis,so geben Sie hier die Dosis der Prüfkörperaufnahme bei der entsprechenden Konstanzprüfung an.