Ärztliche Stelle nach Strahlenschutzverordnung- Land Sachsen-Anhalt-
Formblatt Patientendokumentation Durchleuchtung/Interventionen

(außer C-Bogen im OP-Betrieb, außer HKL)

Betreiber: _____ **Anwendungsgerät:**_____ **Betriebsnummer ÄSR:**_____

Untersuchungen:

Arteriographie Becken-Bein	☐	PTA Becken	☐	PTA Bein	☐
Phlebographie Bein-Becken	☐	Kontrasteinlauf	☐	Dünndarm	☐
ERCP	☐	uroskopische Untersuchungen	☐		

Hinweise zum Ausfüllen auf der Rückseite des Blattes bitte beachten (auch bei Studienpatienten=SP)

1	2	3	4	5	6
Patient (Name , Geb. Datum, Geschlecht)	Rechtfertigende Indikation (bei Bedarf Zusatzblatt nutzen)	DFP (cGy x cm^2)	Spannung (kV)	**Begründung bei Überschreitung des Dosisreferenzwertes**	SP

Datum: Unterschrift

Ausfüllhinweise:

Zur Eingruppierung der Untersuchungsart: Die Untersuchungszuordnung erfolgt nach der Hauptuntersuchung. Bitte geben Sie auch an welche Untersuchungen Sie nicht durchführen. Für jede Untersuchung bitte 10 Werte eintragen und davon 3 Untersuchungen mit Bilddokumentation einreichen. Die Dosiswerte sind jeweils pro Untersuchung anzugeben

Nach neuer Strahlenschutzverordnung, die am 31.12.2018 in Kraft getreten ist, muss bei Überschreitungen der Dosisreferenzwerte eine Begründung erfolgen (siehe Formblatt Spalte 5).

Bitte leserlich ausfüllen, keine Abkürzungen verwenden und auf die korrekte Angabe der Einheit achten.
Alle Felder sind auszufüllen

Befindet sich der Patient in einer Studie zum Zwecke der Erforschung der Strahlenanwendung an Menschen, mit vorliegender Genehmigung des Bundesamtes für Strahlenschutz, ist dieses in Spalte 6 (SP) mit ja zu kennzeichnen. In diesem Fall sind die Einschlusskriterien der Studie der Ärztlichen Stelle mit einzureichen.

Vollständig ausfüllen und mit Datum und Unterschrift versehen

Anlage VA 1.4 Formblatt DL