Ärztliche Stelle nach Strahlenschutzverordnung -Land Sachsen-Anhalt
Formblatt: Patientendokumentation HKL

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

Leistung:

- ☐ Koronarangiographie
- ☐ PCI und Koronarangiographie
- ☐ TAVI

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

1	2	3	4	5	6	7
Patient (Name, Geb. Datum, Geschlecht)	Rechtfertigende Indikation (bei Bedarf Zusatzblatt nutzen)	DFP (cGy x cm^2)*	Spannung (kV)	DL-Zeit	**Begründung bei Überschreitung des Diagnostischen Referenzwertes**	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 aktueller Strahlenschutzverordnung, die am 31.12.2018 in Kraft getreten ist, muss bei jeder Überschreitung der diagnostischen Referenzwerte eine Begründung erfolgen (siehe Formblatt Spalte 6, ist Spalte nicht ausreichend, bitte ein Zusatzblatt beilegen).

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen, keine Abkürzungen verwenden.

*DFP= Dosisflächenprodukt- Abweichende Einheiten sind anzugeben!

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 7 (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