

**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, Vorname, 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:

Bitte teilen Sie uns mit, welche Untersuchungen Sie an dieser Röntgeneinrichtung durchführen.

1. Füllen Sie je Untersuchung ein Formblatt aus, kreuzen Sie die entsprechende Untersuchung in dem Formblatt an und tragen Sie dazu 10 Patientendaten und reichen davon 3 Untersuchungen als Bilddokumentation ein.
2. Die Dosiswerte sind jeweils pro Untersuchung anzugeben
3. Nach neuer Strahlenschutzverordnung, die am 31.12.2018 in Kraft getreten ist, muss bei Überschreitungen der Dosisreferenzwerte eine Begründung erfolgen (siehe Formblatt Spalte 6).
4. 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.

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

Alle Felder sind auszufüllen

Bitte vollständig ausfüllen und mit Datum und Unterschrift versehen