

Name, Vorname des Prüfarztes: _____ LANR: _____

Expositionsdaten – BITTE AUSFÜLLEN und zurücksenden

Nr.	[mGy]	[cm]	
1	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):
2	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):
3	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):
4	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):
5	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):
6	CTDI _{vol} :	Scanlänge:	Head-Phantom: ☐ Body-Phantom: ☐ Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):