

Name, Vorname des Arztes									
Name, Vorname des Patienten (bitte nur Anfangsbuchstaben angeben)									
Geburtsdatum des Patienten		Geschlecht des Patienten							
Untersuchungsdatum									
Untersuchungsbereich (z. B. Hand rechts in 2 Ebenen)		Anzahl der Aufnahmen							
A)	Rechtfertigende Indikation gemäß § 119 StrlSchV i. V. m. § 83 Abs. 3 StrlSchG (Angaben zu den Beschwerden und den klinischen Befunden - zumindest stichpunktartig - mit Angabe der betroffenen Körperregion inklusive der Seitenbezeichnung) Bitte auf einem separaten Blatt beilegen - siehe Beispiele im Anforderungsschreiben!								
B)	Radiologischer Befundbericht gemäß DIN 25300-1:2018-05 (Angaben zum Patienten, Angaben im Rahmen der StrlSchV, Angaben zum bildgebenden oder bildgestützten Verfahren, Medizinischer Inhalt, Angaben zum Unterzeichner) Bitte auf einem separaten Blatt beilegen - siehe Beispiele im Anforderungsschreiben!								
C)	Begründung bei Abweichungen vom medizinischen Standard: Bitte auf einem separaten Blatt beilegen (keine Originale)!								
D)	Erforderliche Expositionsdaten (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)								
analoge Aufnahmen <input type="checkbox"/>		Speicherfoliensystem <input type="checkbox"/>							
volldigitales System <input type="checkbox"/>									
Aufnahmespannung in kV	a.p./p.a.	lateral							
adipöser Patient über 18 Jahren (Angaben erforderlich bei erhöhten Dosiswerten)									
Angaben zum körperlichen Status bei Aufnahmen am Körperstamm (Schädel, HWS, Schulter, Thorax, BWS, LWS, Becken, Hüfte, Abdomen)	Größe:	Gewicht:							
Patient unter 18 Jahren (Angaben immer erforderlich)									
Kinderfilter (Cu) verwendet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>							
	Größe:	Gewicht:							
E)	Dosisflächenprodukt-Anzeige Bitte geben Sie die Dosiswerte je Aufnahme an!								
DFP (bitte Maßeinheit ankreuzen!):	a.p./p.a.	lateral							
<table border="1"> <tr> <td>cGy*cm² <input type="checkbox"/></td> <td>µGy*m² <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>dGy*cm² <input type="checkbox"/></td> <td>mGy*cm² <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gy*cm² <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	cGy*cm ² <input type="checkbox"/>	µGy*m ² <input type="checkbox"/>	dGy*cm ² <input type="checkbox"/>	mGy*cm ² <input type="checkbox"/>	Gy*cm ² <input type="checkbox"/>				
cGy*cm ² <input type="checkbox"/>	µGy*m ² <input type="checkbox"/>								
dGy*cm ² <input type="checkbox"/>	mGy*cm ² <input type="checkbox"/>								
Gy*cm ² <input type="checkbox"/>									
F)	Erklärungen Mit der Abgabe meiner Unterlagen bestätige ich 1. die Richtigkeit der vorgenannten Angaben. 2. dass ein Dosismanagement gemäß §122 StrlSchV vorhanden ist.								