

Personenbezogene Aufzeichnung für die Überprüfung der Diagnostischen Referenzwerte (DRW)
Betrieb:
(Stempel)
Betriebs-ID:

 Erwachsene
oder Kinder

 Für die Patient:innen **1-4** sind vollständige Unterlagen vorzulegen.

 Bitte reichen Sie zehn Untersuchungen mit gleichem Radiopharmakon ein (nicht zutreffende Verbindung bitte streichen: FET **oder** FDG).

Diagnosegebiet: Gehirn – PET

	Name der Patientin/ des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte in Aktivität in MBq	CTDI _{vol} in mGy (falls vorhanden)	CTDI _{vol,Topogramm} in mGy (falls vorhanden)	DLP in mGycm (falls vorhanden)	Geräte-ID
1				¹⁸ F-					
2				¹⁸ F-					
3				¹⁸ F-					
4				¹⁸ F-					
5				¹⁸ F-					
6				¹⁸ F-					
7				¹⁸ F-					
8				¹⁸ F-					
9				¹⁸ F-					
10				¹⁸ F-					