

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: MDP **oder** DPD **oder** HDP).

Diagnosegebiet: Skelettszintigraphie

	Name der Patientin/des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte Aktivität/MBq	Geräte-ID
1				^{99m} Tc-		
2				^{99m} Tc-		
3				^{99m} Tc-		
4				^{99m} Tc-		
5				^{99m} Tc-		
6				^{99m} Tc-		
7				^{99m} Tc-		
8				^{99m} Tc-		
9				^{99m} Tc-		
10				^{99m} Tc-		