

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: Sestamibi **oder** Tetrofosmin).

Diagnosegebiet: Myokardszintigraphie - **Eintagesprotokoll**

	Name der Patientin/des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte Aktivität/MBq		Geräte-ID
					Belastung	Ruhe	
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-			

Diagnosegebiet: Myokardszintigraphie - Zweitagesprotokoll

	Name der Patientin/des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte Aktivität/MBq		Geräte-ID
					Belastung	Ruhe	
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-			