

An die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-Strahlenschutz Berlin

Formblatt Patientendokumentation:
Osteodensitometrie

ÄSR-Nr.

Betrieb:
(Stempel/Datum/Unterschrift)

Telefonnummer:

Nr.	Patient:in: Name, Vorname	Rechtfertigende Indikation (bei Bedarf Rückseite oder neues Blatt verwenden)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Bitte füllen Sie das Dokument leserlich in Druckbuchstaben aus und verwenden Sie keine Abkürzungen.

Downloads von ausfüllbaren Formblättern finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter --> Ärzt:innen --> ÄSQSB --> Formulare.