

**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.

**Diagnosegebiet:** Nierenfunktionsszintigraphie

	Name der Patientin/des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte Aktivität/MBq	Geräte-ID
1				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
2				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
3				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
4				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
5				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
6				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
7				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
8				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
9				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		
10				<sup>99m</sup> Tc-MAG3		