An die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-Strahlenschutz Berlin

Formblatt Patientendokumentation:

ÄSR - Nr.

Betreiber:
(Stempel/Datum/Unterschrift)

Organgruppe: **Mammographie**

Telefonnummer:

Patient: Name, Vorname	Rechtfertigende Indikation (bei Bedarf Rückseite oder neues Blatt verwenden)	Spannung [kV]	mAs Nachanzeige	Anoden-/ Filter-Kombination	Brustdicke nach Kompression [cm]	Oberflächen-dosis [mGy] *	angezeigte mittlere Parenchymdosis (AGD) [mSv/mGy]*
1	2	3	4	5	6	7	8