An die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung-Strahlenschutz Berlin

Formblatt
Patientendokumentation: CT

ÄSR - Nr.

Betreiber:
(Stempel/Datum/Unterschrift)

Organgruppe:

Telefonnummer:

Patient: Name, Vorname	Rechtfertigende Indikation (bei Bedarf Rückseite oder neues Blatt verwenden)	$CTDI_{Vol}$ [mGy]	DLP [mGy*cm] pro Scanserie	Spannung [kV]	Strom [mA] angezeigt	Scandauer [s] (pro 360° Rotation)	N (Zahl der Schichten pro Rotation)	hcol [mm] (Schicht-kollimation bei Aufnahme)	TV [mm] (Tischvor-schub pro Rotation)	L [mm] (Scanlänge)
1	2	3	4	5	6	7	8*	9*	10	11