

Protokoll über die Durchführung einer Röntgenuntersuchung

zum Nachweis der praktischen Erfahrung im Anwendungsgebiet Röntgendiagnostik (zweidimensionale Projektionsradiographie)
für den Erwerb der Erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz nach § 74 StrlSchG und § 47 StrlSchV

Student Nachname:	Vorname:	Matrikel-Nr.:
Praxis/Klinik Name:	Adresse:	
Untersuchung Nummer:	(von mind. 40)	Datum:
Tierart:	Rasse:	Patientennummer:
	Geschlecht:	Alter:

Röntgenanlage:	Name:	☐ stationär	☐ mobil	☐ Dentalröntgenanlage	☐ Fluoroskopie	☐ Cone-Beam-CT
Röntgenröhre:	☐ Tischstativ	☐ Decken-/Wandstativ	☐ fahrbares Stativ	☐ manuelle Fixation	☐ Drehanode	☐ Stehanode
Aufzeichnungssystem:	☐ digital	☐ Flachdetektor	☐ Speicherfolie	☐		
Name:	☐ analog	☐ Film-Folien-System	☐ folienloser Zahnfilm	☐		

Strahlengang	Position bzw. Fixierung des Detektors bzw. Aufzeichnungssystems:
☐ vertikal	Detektor: ☐ auf dem Tisch ☐ unter bzw. im Tisch ☐ anderes:
☐ horizontal	Detektor: ☐ manuelle Fixation ☐ tragbares Haltesystem ☐ Wand- oder Fahrstativ ☐ anderes:

Strahlenschutzmaßnahmen:	☐ Bleischürze mit Bleigleichwert: mm	☐ Schilddrüsenschutz	☐ Bleischutzhandschuhe	☐ Bleischutzbrille
☐ Abstand halten	☐ Abschirmwand	☐ Abschirmvorhang	☐ Raum verlassen	Anzahl Personen im Raum:
☐ Lagerungshilfen:	☐ Zwangsmaßnahmen/Fixation:	☐ Sedation/Narkose:		

Dosimetrie Student:	☐ passives amtliches Personendosimeter:	☐ Filmdosimeter	☐ Optisch stimulierte Lumineszenzdosimeter
☐ aktives elektronisches Personendosimeter (APD/EPD)	☐ Stabdosimeter	☐ Thermolumineszenzdosimeter (TL-Ringdosimeter)	
SSR-Nummer Student:	☐ Kein Dosimeter	☐ anderes:	

Mitwirkung des Studenten an der technischen Durchführung:	☐ Patientendaten digital transferieren oder manuell eingeben
☐ Einstellen der Untersuchungsparameter am Röntgengerät	☐ Tierpatient Positionieren, Lagern, Halten oder Fixieren
☐ Detektorsystem Positionieren oder Fixieren	☐ Röntgenröhre Positionieren oder Fixieren
☐ Nutzstrahlenbündel Zentrieren und Einblenden	☐ Strahlung auslösen
☐ Beurteilung der Bildqualität	☐ Röntgenbilder nachverarbeiten und archivieren
Hiermit bestätige ich dem Studierenden die oben aufgeführte aktive Mitwirkung an der technischen Durchführung und Beurteilung der Bildqualität	
Name Aufsichtsperson:	Aufsichtsperson Unterschrift

Angefertigte Röntgenaufnahmen:					☐ weitere Aufnahmen siehe Rückseite	
Rö. Nr.	Lokalisation	Strahlengang	Röhrenspannung in kV	mAs-Produkt	Film-Fokus-Abstand in cm	Streustrahlen-raster
1						☐ ja ☐ nein
2						☐ ja ☐ nein
3						☐ ja ☐ nein
4						☐ ja ☐ nein
5						☐ ja ☐ nein
6						☐ ja ☐ nein

Indikation zum Röntgen (Anamnese, klinische Angaben, Fragestellung):
☐ weiteres siehe Rückseite

Beschreibung der Röntgenbefunde und Interpretation (Röntgendiagnosen, Diagnosen und Differentialdiagnosen):
☐ weiteres siehe Rückseite

Bemerkungen und Empfehlungen:
☐ weiteres siehe Rückseite

Ort und Datum:	Nach StrlSchG und StrlSchV bestätige ich die o.g. Röntgenuntersuchung sowie den Besitz einer gültigen Röntgenfachkunde.	
		Titel, Vor- und Nachname des Lehtierarztes in Druckbuchstaben:
Unterschrift Student:	Stempel Praxis/Klinik:	Unterschrift Lehtierarzt: