Praxisstempel

Dokumentation der Verlängerung des Konstanzprüfintervalls auf drei Monate

(je Röntgengerät auszufüllen)

Röntgenanlage:

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG ☐ OPG/FRS ☐ DVT/OPG/FRS

Gerätebezeichnung	
Hersteller	
Strahler Nr.	
Standort (z.B. Raum)	

Name Strahlenschutzverantwortlicher

Angaben zur Konstanzprüfung (rückwirkend 3 Monate)

Datum **1.** korrekte Konstanzprüfung

Datum **2.** korrekte Konstanzprüfung

Datum **3.** korrekte Konstanzprüfung

Verlängerung auf 3 Monate ab

Unterschrift Strahlenschutzverantwortlicher