

**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:** Nebenschilddrüsenszintigraphie

	Name der Patientin/ des Patienten	Alter	Gewicht	Radiopharmakon mit Verbindung	Verabreichte in Aktivität in MBq	CTDI <sub>vol</sub> in mGy (falls vorhanden)	CTDI <sub>vol,Topogramm</sub> in mGy (falls vorhanden)	DLP in mGycm (falls vorhanden)	Geräte-ID
1				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
2				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
3				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
4				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
5				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
6				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
7				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
8				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
9				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					
10				<sup>99m</sup> Tc-Sestamibi					