Konstanzprüfprotokoll für die Aufzeichnung der Prüfergebnisse für die intraorale Röntgendiagnostik mit digitalem Aufnahmesystem

Betreiber:	**20____** **(Jahr)**

Röntgengerät : _____

Strahler-Nr.: _____

Digitales System: _____

□ **Speicherfolie** □ **Sensor** **Sensor-Nr:** _____

Speicherort der Prüfkörperaufnahmen/Dateiformat: _____

Bildbearbeitungsparameter: _____

Ausgangswerte für die Konstanzprüfung:

Röntgenröhrenspannung: _____ kV Röntgenröhrenstrom: _____ mA

Expositionszeit: _____ ms gewählte Tasten: _____
(z. B. Filmstufe/Patientenangleich)

Kalender-Monat	**Datum der Aufnahme**	**Auflösung Lp/mm** *	**Mindest-kontrast***	**Artefakt-freiheit**	**Tubus in Ordnung**
Sollwerte		5 Lp/mm	4 Elemente (Bohrungen) sichtbar	(Ja/Nein)	mechanisch* unversehrt
Januar					
Februar					
März					
April					
Mai					
Juni					
Juli					
August					
September					
Oktober					
November					
Dezember					
Jährliche Überprüfung des Gesamtbestandes der Speicherfolien:					

*Eintrag der Ergebnisse: Ja/Nein

Konstanzprüfergebnis „Nein“	
Grund:	
Maßnahmen:	