

Röntgentestatnachweis



Name, Vorname der/des Auszubildenden

Ausbildungszeit von:

bis:

Ausbildungspraxis

Für nicht in der Praxis vorhandene Einstelltechniken OPG/FR/Tubus, muss der/dem Auszubildenden die Möglichkeit eingeräumt werden, diese Aufnahmen in einer anderen Zahnarztpraxis durchzuführen. Bitte kreuzen Sie an, mit welchem Verfahren (digital/analog) in der Ausbildungspraxis geröntgt wird (digital oder analog) und füllen Sie das Röntgentestat dem Verfahren entsprechend aus.

In der Ausbildungseinrichtung wird



analog



digital mit Speicherfolie geröntgt.



digital mit Sensor geröntgt

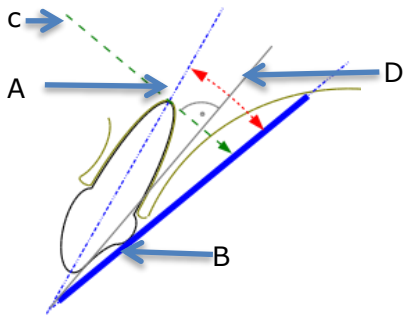
Die Röntgenaufnahmen in dieser Röntgentestanlage gelten als erfüllt, wenn die Aufnahmen unter Anleitung und Aufsicht des Strahlenschutzverantwortlichen eingestellt und ausgewertet werden. Die Exponierung ist durch eine Mitarbeiterin die die Kenntnisse im Strahlenschutz besitzt, vorzunehmen.

Erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten für folgende Tätigkeiten:

	Unterschrift des ausbildenden Zahnarztes
Ansetzen von Röntgenchemikalien	
Entwicklung von Röntgenaufnahmen	
Durchführung Konstanzprüfung der Filmverarbeitung	
Überprüfung der Dunkelkammer oder des Tageslichtvorsatzes	
Führung des Konstanzprüfprotokolles	
Durchführung der digitalen Konstanzprüfung an der Röntgeneinrichtung	
Durchführung der täglichen und monatlichen Prüfung des Monitortestbildes (auszufüllen beim digitalen Verfahren)	
Durchführung der Strahlenschutzmaßnahmen	
Durchführung der Hygienemaßnahmen	
Einsicht in die Strahlenschutzverordnung	

Dokumentation über die Durchführung von Intraoraler Aufnahmetechniken

Röntgenaufnahmen nach dem Verfahren der Halbwinkeltechnik

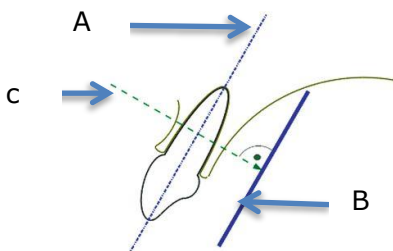


A=
B=
C=
D=

Zahn	Analog	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Datum	Unterschrift des auszubildenden Zahnarztes
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Unterschrift der/des Auszubildenden

Röntgenaufnahmen nach dem Verfahren der Paralleltechnik mit Einstellhilfen



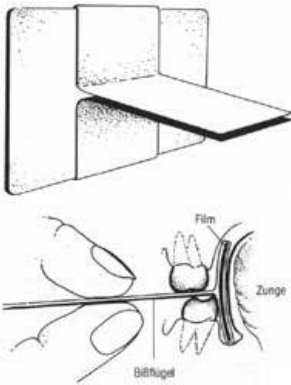
A=
B=
C=

Zahn	Analog	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Datum	Unterschrift des auszubildenden Zahnarztes
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Unterschrift der/des Auszubildenden

Dokumentation über die Durchführung von Intraoralen und Extraoralen Aufnahmen

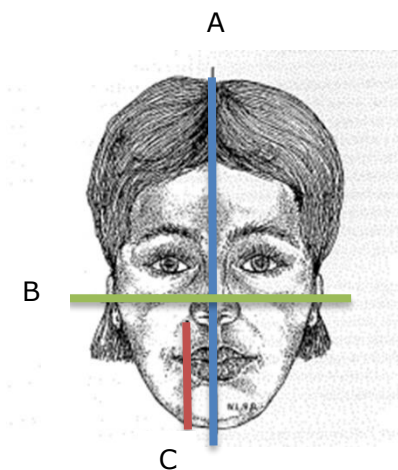
Bissflügelaufnahmen



Quadranten	Analog	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Datum	Unterschrift des auszubildenden Zahnarztes
13.					
14.					
15.					
16.					

Unterschrift der/des Auszubildenden

OPG Patientenröntgenaufnahmen



A=
B=
C=

.....OPGDatum	Analog	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Unterschrift des auszubildenden Zahnarztes
17.				
18.				
19.				
20.				

Unterschrift der/des Auszubildenden

Dokumentation über die Durchführung von Extraoraler Aufnahme und Konstanzprüfung

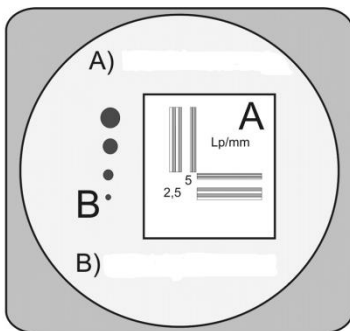


Fernröntgenseitenaufnahme

FR	Analog	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Datum	Unterschrift des ausbildenden Zahnarztes
21.					
22.					

Unterschrift der/des Auszubildenden

Konstanzaufnahmen Digital



A=

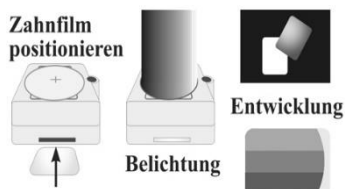
B=

Tubus Datum	OPG Datum	FR Datum	Digital Sensor	Digital Speicherfolie	Unterschrift des ausbildenden Zahnarztes

Unterschrift der/des Auszubildenden

Konstanzaufnahmen Analog

Prüfkörperaufnahme: Zahnfilm

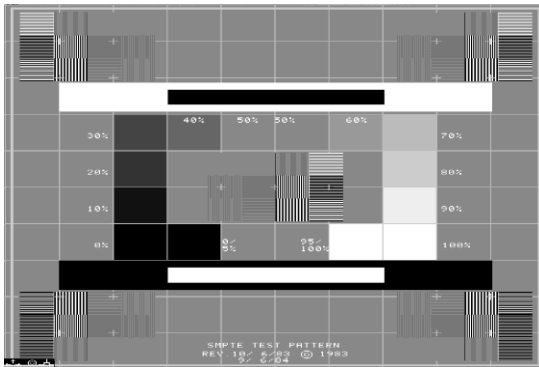


Tubus Datum	OPG Datum	FR Datum	Unterschrift des ausbildenden Zahnarztes

Unterschrift der/des Auszubildenden

Dokumentation Konstanzprüfung am Befundungsmonitor

Befundungsmonitor (auszufüllen beim digitalen Verfahren)



Monitor	Standort	Datum	Unterschrift des ausbildenden Zahnarztes

Unterschrift der/des Auszubildenden