

**Prüfbericht über die jährliche Überprüfung auf Artefakte und Gleichförmigkeit nach QS-Richtlinie 3.19**

<b>Krankenhaus / Praxis Name</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	

Bestand		Dosis-indikator	Sichtprüfung bestanden		Artefakte		Gesamt-Beurteilung	
Kass.-ID	Größe		ja	nein	nein	ja	in Ordnung	nicht i. O.

Unter welchem Namen werden die Bilder archiviert:

 Bemerkungen zum Prüfergebnis:  


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort:	Datum:	Name:	Unterschrift:
------	--------	-------	---------------