Praxis / Klinik:			**Ansatz Radiopharmaka**							
Datum	Kit	Radio-pharmakon Chargen-Nr.	Zeitpunkt Ansatz	Generator Chargen-Nr.	Radio-aktivität [GBq]	Eluat-volumen [ml]	Gesamt-volumen [ml]	QK j/n? (Ergebnis)	Bemerkungen	Signum

Erstellt am: _____Version Nr.:_____

Unterschrift autorisierender Arzt/ Ärztin: _____

©ÄkNo