

**Prüfbericht über die jährliche Überprüfung auf Artefakte
nach QS-Richtlinie 3.2.17**

Krankenhaus / Praxis Name	
Straße	
PLZ, Ort	

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:
------	--------	-------	---------------