

Beiblatt zur Einreichung der Unterlagen eines DVT-Gerätes

	Gerätebezeichnung	<input type="text"/>
	Strahlernummer:	<input type="text"/>
ZNR:	<input type="text"/>	

Sehr geehrter Strahlenschutzverantwortlicher,

Sie betreiben in Ihrer Praxis einen Dentalen Volumentomograph (DVT). Diese Spezialröntgengeräte unterliegen ebenfalls der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung durch die Zahnärztliche Röntgenstelle (§ 130 StrlSchV). Die Qualitätsanforderungen für den Betrieb eines DVT sind in zugehörigen Normen (Abnahmeprüfung DIN 6868-161 sowie Konstanzprüfung DIN 6868-15) geregelt. Bis zum 31.01.2018 mussten auch Bestandsgeräte an die neuen Anforderungen mit einer Teilabnahme nachgerüstet werden.

Um bei Ihrem DVT einen reibungslosen Ablauf der Begutachtung zu gewährleisten, bitten wir Sie folgende Unterlagen bzw. Aufnahmen bereit zu stellen:

Checkliste einzureichender Unterlagen/Aufnahmen (nur als Kopie bzw. in digitaler Form):

Einzureichende Unterlagen:

Protokoll der Abnahmeprüfung/Teilabnahme (bei Neugerät bzw. wesentlichen Änderungen u. a. Anpassung des DVT an DIN 6868-161) z. B. Test-Report bzw. Prüfbericht DVT nach DIN 6868-161	<input type="checkbox"/>	beigelegt
	<input type="checkbox"/>	bei letzter Begutachtung beigelegt
Bericht der letzten durchgeführten Sachverständigenprüfung	<input type="checkbox"/>	beigelegt
	<input type="checkbox"/>	bei letzter Begutachtung beigelegt
Protokoll der Abnahmeprüfung des Befundmonitors	<input type="checkbox"/>	beigelegt
	<input type="checkbox"/>	bei letzter Begutachtung beigelegt

Einzureichende Konstanzprüfungen:

3 Konstanzprüfungen der letzten drei Monate als Prüfbericht nach DIN 6868-15 mit zugehörigen Testbildern (z. B. für Homogenität, Ebene der Teststruktur, kein kompletter 3 D Datensatz)	<input type="checkbox"/>	beigelegt (Details siehe Tabelle auf Folgeseite)
--	--------------------------	---

Einzureichende Unterlagen der Patientenaufnahmen:

Von jedem an diesen Gerät radiologisch tätigen Zahnarzt <ul style="list-style-type: none"> • 2 Patientenfälle • mit Indikationsangabe • als anonymisierter kurzer Befundbericht (z. B. als PDF-Datei bzw. in Papierform) • mit für die Befundung aussagefähigen Schnittbildern (kein kompletter 3 D-Datensatz) 	<input type="checkbox"/>	beigelegt (Details siehe Tabelle auf Folgeseite)
--	--------------------------	---

Folgende Unterlagen nicht einreichen (Fragen nur beantworten):

Schriftliche Arbeitsanweisungen für das DVT liegen in der Praxis vor	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Arbeitstäbliche Konstanzprüfung des Befundungsmonitors wird durchgeführt	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Angaben zu den eingereichten Datenträgern bzw. Dateien:

	Gerätebezeichnung	<input type="text"/>
	Strahlernummer:	<input type="text"/>
ZNR:	<input type="text"/>	

Prüfkörperaufnahmen

Aufnahme	Datum der Aufnahme	Dateiname des Prüfberichtes DVT (z. B. als PDF-, HTML-Datei)	zugehörige Testbilder sind beigelegt z. B. in DICOM-, TIF- bzw. JPG-Format
Referenz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Konstanz 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Konstanz 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Konstanz 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllbeispiel Patientenfälle (Eintragung auf Folgeseite)

Aufnahme	ZNR	Dateiname für Befund u. Schnittbild	Unterlagen beigelegt:		bzw. Indikation und Kurzbefund hier eingetragen:	
			zugehörigen Schnittbilder z. B. in DICOM-, TIF- bzw. JPG-Format	Indikation und Befundbericht in digitaler Form	Indikation	Kurzbefund
DVT 1	1234	1234_DVT1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beurteilung der Kieferhöhle	- Zyste Kieferhöhle links - Ausdehnung auf die Zähne 16/17/18, (ca. 11,8 x 16,8 mm)
DVT 2		1234_DVT2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantatplanung	- in regione 22 Restknochenhöhe: 11,3 mm

Füllen Sie bitte das nachfolgende Blatt „Patientenfälle“ entsprechend dem vorliegenden Ausfüllbeispiel aus. Nutzen in Ihrer Praxis mehr als 4 Zahnärzte das DVT-Gerät, kopieren Sie sich die nachfolgende Seite entsprechend.

Für ein Ausfüllen und Ausdrucken am PC steht das Beiblatt DVT als entsprechendes Formular im Praxishandbuch der LZKS unter: <http://phb.lzk-sachsen.org/formular-7.html> zur Verfügung.

Patientenfälle - als anonymisierter kurzer Befundbericht mit Indikationsangabe und zugehörigen Schnittbildern
 - pro an diesem Gerät radiologisch tätiger Zahnarzt von zwei DVT Patientenaufnahmen

Aufnahme	ZNR	Dateiname für Befund u. Schnittbild	Unterlagen beigelegt:		bzw. Indikation und Kurzbefund hier eingetragen:	
			zugehörigen Schnittbilder z. B. in DICOM-, TIF- bzw. JPG-Format	Indikation und Befundbericht in digitaler Form	Indikation	Kurzbefund
DVT 1	ZNR: <input type="text"/>	DVT1_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 2		DVT2_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 1	ZNR: <input type="text"/>	DVT1_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 2		DVT2_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 1	ZNR: <input type="text"/>	DVT 1_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 2		DVT2_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 1	ZNR: <input type="text"/>	DVT 1_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DVT 2		DVT 2_ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>