# 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: |