

Überprüfung Folienandruck gemäß DIN 6832 Teil 2

Betreiber:

(Abteilung)

Kassetten Nr.	Größe	i.O. j/n	Konsequenz
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Bemerkungen:

Datum:

Name des Prüfer:

Unterschrift

Ärztliche Stelle des Landes Brandenburg
zur Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen
zur Untersuchung am Menschen