

Formular

zur Aufnahme eines neuen Standortes in die technische Qualitätssicherung

1. Angaben zum Gerät:

Hersteller:

Gerätetyp:

Einsatz des Gerätes: ☐ Erstellung ☐ Abklärung ☐ Kurativ ☐ externe Abklärung

Zusatzfunktionen: ☐ Tomosynthese ☐ Stereotaxie

Geplanter Start des Betriebs:

Geplante Arbeitstage/pro Woche:

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

2. Angaben zum Screening-Standort:

Anschrift des Screeningstandortes:

Betreiber des Gerätes:

Ansprechpartner/in für die TQS:

Telefon:

E-Mailadresse:

3. Anmerkungen