

Karta urządzenia	Radiologia i diagnostyka obrazowa
------------------	-----------------------------------

Nr karty *	
Data wpisania do karty *	
Data wpisania do bazy *	

Nazwa jednostki ochrony zdrowia	
Identyfikator jednostki ochrony zdrowia REGON / NIP/KOD RESORTOWY	
Adres jednostki ochrony zdrowia, numer telefonu, faksu oraz adres poczty elektronicznej	
Imię, nazwisko, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej kierownika jednostki ochrony zdrowia	

Charakterystyka zestawu uwzględniająca następujące dane	
Przeznaczenie	
Model / typ	
Kod identyfikacyjny	
Numer seryjny aparatu	
Nazwa wytwórcy i Nazwa instalatora	
Rok produkcji	
Rok uruchomienia	
Wykaz wyposażenia	
Data testów odbiorczych, nazwa laboratorium wykonującego testy	
Uwagi	

Charakterystyka lampy rentgenowskiej uwzględniająca następujące dane	
Model lub typ	
Filtracja własna lampy lub filtracja całkowita	
Numer seryjny	
Kod identyfikacyjny	
Wielkość ogniska lub ognisk	
Zakres napięć nominalnych	
Rok produkcji	
Typ generatora wysokiego napięcia, częstotliwość pracy generatora	
Charakterystyka lampy rentgenowskiej uwzględniająca następujące dane	
Model lub typ	
Filtracja własna lampy lub filtracja całkowita	
Numer seryjny	
Kod identyfikacyjny	
Wielkość ogniska lub ognisk	
Zakres napięć nominalnych	
Rok produkcji	
Typ generatora wysokiego napięcia, częstotliwość pracy generatora	
Tomograf komputerowy	
Minimalny czas akwizycji	
Minimalna grubość warstw	
Liczba rzędów lub warstw	
Typ strzykawki automatycznej (nazwa, producent, numer seryjny)	

**KOD URZĄDZENIA RADIOLOGICZNEGO
RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA***

Urządzenie podstawowe															Wyposażenie							Oprogramowanie						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
											0											0					0	0

* nie dotyczy