

Zahnärztliche Stelle Röntgen
Frau Hagedorn / Herr Jung
Westring 496
24106 Kiel

Fax-Nr. 0431 - 26092615



A B M E L D U N G

Abmeldung der Mitnutzung einer Röntgeneinrichtung nach § 129 Strahlenschutzverordnung

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Ihre Röntgengeräte noch nicht bei der ZSRö abgemeldet haben

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Die umseitig aufgeführten Geräte melde(n) ich/wir bei der zahnärztlichen Stelle Röntgen ab.

Praxis:

Name

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

A B M E L D U N G

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

*	Gerätetyp: Bitte in Druckbuchstaben	Dieses Gerät wird von (Mustermann) betrieben (BITTE ADRESSE EINTRAGEN) und vom Unterzeichner <u>nicht mehr mitgenutzt</u>	IDENT- Nummer:	Tubusgerät (Zahnfilm) Bitte ankreuzen	OPG (Panorama) Bitte ankreuzen	FRS (Fernröntgen) Bitte ankreuzen	DVT (Digitale dentale Volumentomo- graph) Bitte ankreuzen	Digital Bitte ankreuzen
z.B.	<i>Pax Duo 3</i>	<i>W. Mustermann Musterstraße 27 24103 Kiel</i>	5000443				X	
1								
2								
3								
4								

*Bitte für jedes Röntgengerät eine Zeile ausfüllen

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r