

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 von Röntgengeräten nach § 129 Strahlenschutzverordnung

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

Die aufgeführten Geräte möchte(n) ich / wir bei der zahnärztlichen Stelle Röntgen abmelden:

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 wurde verkauft an die Praxis:	Dieses Gerät wurde still- gelegt	IDENT- Nummer:	Standort:	Tubusgerät (Zahnfilm)		OPG (Panorama)		FRS (Fernröntgen)		DVT (Digitaler dentaler Volumetomogra- ph) Bitte ankreuzen
						Bitte ankreuzen	Bitte ankreuzen	Bitte ankreuzen	Bitte ankreuzen			
						<i>Analog</i>	<i>Digital</i>	<i>Analog</i>	<i>Digital</i>	<i>Analog</i>	<i>Digital</i>	
z.B.	<i>Orthophos 3 DS</i>	<i>Praxis W. Mustermann Musterstraße 27 24103 Kiel</i>		<i>5443</i>	<i>Raum 1</i>				X			
1												
2												
3												
4												
5												
6												

***Bitte für jedes Röntgengerät eine Zeile ausfüllen**

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r