

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

Fax-Nr. 0431 – 26092615



A N M E L D U N G

Anmeldung der Mitnutzung einer Röntgeneinrichtung nach § 129 Strahlenschutzverordnung

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

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

Praxis:

Name

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Eine Kopie der Abnahmeprüfung bei Inbetriebnahme des Gerätes durch den Hersteller / Lieferant liegt bei (Standort des Gerätes)

Erledigt

Eine Kopie der Abnahmeprüfung von Ihrem Befundmonitor (Standort Mitnutzer) liegt bei.

Erledigt

Bitte bestätigen Sie, dass Sie den mit der technischen Durchführung nach § 145 StrlSchV beauftragten Personen (in der Regel Zahnmedizinische Fachangestellte) weisungsbefugt sind.

Ich bestätige die Weisungsbefugnis

ANMELDUNG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

*	Gerätetyp: Bitte in Druckbuchstaben	Das Gerät wird von (Mustermann) betrieben (BITTE ADRESSE EINTRAGEN) und vom Unterzeichner mitgenutzt	Tubusgerät (Zahnfilm) Bitte ankreuzen	OPG (Panorama) Bitte ankreuzen	FRS (Fernröntgen) Bitte ankreuzen	DVT (Digitale dentale Volumentomograph) Bitte ankreuzen	Digital Bitte ankreuzen
z.B.	<i>Pax Duo 3</i>	<i>W. Mustermann, Musterstr. 12, 24103 Kiel</i>				X	
1							
2							
3							
4							

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r