

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

Fax-Nr. 0431 – 26092615



## ANMELDUNG

### Anmeldung von Röntgengeräten nach § 129 Strahlenschutzverordnung

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

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

Praxis: \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

**Für jedes Röntgengerät bitte eine Kopie des Protokolls der Abnahmeprüfung bei Inbetriebnahme durch den Hersteller / Lieferanten beilegen.**   
**Erledigt**

**Bei analogen Röntgengeräten bitte das Protokoll der Abnahmeprüfung der Filmverarbeitung / Dunkelraumbelichtung (Entwickler) beilegen.**   
**Erledigt**

**Bei digitalen Röntgengeräten zusätzlich bitte eine Kopie des Protokolls der Abnahmeprüfung des Befundungsmonitors beilegen.**   
**Erledigt**

# ANMELDUNG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

*	Gerätetyp: Bitte in Druckbuch- staben	Es handelt sich um eine Neu- anschaffung Bitte ankreuzen	Das Gerät wurde über- nommen von der Praxis:	IDENT- Nummer:	Standort:	Tubusgerät (Zahnfilm)		OPG (Panorama)		FRS (Fernröntgen)		DVT Digitaler dentaler Volumen- tomograph
						Bitte ankreuzen		Bitte ankreuzen		Bitte ankreuzen		Bitte ankreuzen
						Analog	Digital	Analog	Digital	Analog	Digital	Bitte ankreuzen
z.B.	<i>Orthophos 3 DS</i>		<i>Praxis W. Mustermann Musterstraße 27 24103 Kiel</i>	<i>5443</i>	<i>Raum 1</i>				<i>X</i>			
1												
2												
3												
4												
5												
6												

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

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r