

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

Fax-Nr. 0431 - 26092615



Ummeldung von Röntgengeräten bei wesentlichen Änderungen: Wechsel auf digitalen Bildempfänger

Bei den aufgeführten Geräte wurde auf einen digitalen Bildempfänger (Sensor oder Speicherfolie umgestellt:

Praxis:

Name

Straße

Postleitzahl, Ort

Für jedes Röntgengerät bitte eine Kopie des Protokolls der Abnahmeprüfung **Erledigt**
bei Umstellung auf digitales Röntgen beilegen.

Bitte eine Kopie des Protokolls der Abnahmeprüfung des Befundungsmonitors **Erledigt**
beilegen.

Wechsel auf digitalen Bildempfänger

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

| | Gerätetyp | Identnummer | Standort | Tubus | OPG | FRS | Sensortyp Größe(n) | oder | Speicherfolien: | Speicherfolien- Scanner: |
|------|----------------------------|-------------|----------|-------|-----|-----|------------------------------------|------|-----------------------------------|-------------------------------|
| z.B. | z.B. <i>Heliodent Plus</i> | 1234 | Raum 1 | X | | | z.B. <i>Xios XG</i> Größe 1 + 2 | | (z.B. oder: <i>Vistascan</i>) | (z.B. <i>Dürr Vistascan</i>) |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r