

Anmeldung / Abmeldung von Röntgeneinrichtungen

Praxisstempel

Zahnärztekammer Berlin
Zahnärztliche Stelle
Stallstr. 1
10585 Berlin

Gemäß StrlSchV wird hiermit von

Titel:

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Standort der Praxis

Standort der Praxis

Standort der Praxis

der Betrieb folgender Röntgengeräte angezeigt:

Hersteller:

Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):

Hersteller:	Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):

Zusatzangaben (bitte ankreuzen):

Kleinbild - Tubus

Panorama - OPTG

FRS-Zusatz

DVT

Eine Kopie der Abnahmeprüfung, bestätigt durch den Sachverständigen, wird mitgesandt.

Die Röntgeneinrichtung wurde/wird (bitte ankreuzen):

neu errichtet

übernommen

von:

Der Betrieb folgender Röntgengeräte wurde am _____ eingestellt:

Hersteller:

Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):

Hersteller:	Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):

Datum:

Unterschrift des Antragstellers: