

Anmeldung / Abmeldung von Röntgeneinrichtungen

Praxisstempel

Zahnärztekammer M-V
Zahnärztliche Stelle
Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin

Gemäß StrlSchV wird hiermit von

Titel:

Vorname:

Name:

Anschrift:

(Standort der Praxis)
der Betrieb folgender Röntgengeräte angezeigt:

Hersteller:

Bezeichnung der Röntgeneinrichtung:

Zusatzangaben (bitte ankreuzen):

- Kleinbild - Tubus
- Panorama
- FRS-Zusatz
- DVT

Eine Kopie der Abnahmeprüfung (durch den Hersteller/Händler) wird mitgesandt.

Die Röntgeneinrichtung wurde/wird (bitte ankreuzen):

neu errichtet übernommen von:

Der Betrieb folgender Röntgengeräte wurde am _____ eingestellt:

Hersteller:

Bezeichnung der Röntgeneinrichtung:

Datum:

Unterschrift des Antragstellers