


Datum	Art der Anwendung/ untersuchte Körperregion

Zahnarzt-, Arzt oder Krankenhausstempel Unterschrift

# Röntgen-Pass

nach §28 Abs. 2 der Röntgenverordnung



\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_


PLZ, Wohnort

Datum	Art der Anwendung/ untersuchte Körperregion

Zahnarzt-, Arzt oder Krankenhausstempel Unterschrift

# Röntgen-Pass

nach §28 Abs. 2 der Röntgenverordnung



\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort



Dieser Röntgenpass dient dazu,  
Ihren Arzt/Zahnarzt über Ihre früheren  
Röntgenuntersuchungen zu informie-  
ren. Alle Röntgenuntersuchungen  
sollen in den Pass eingetragen wer-  
den. Legen Sie den Pass daher vor  
jeder Röntgenuntersuchung vor.

Datum	Art der Anwendung/ untersuchte Körperregion

Zahnarzt-, Arzt oder Krankenhausstempel Unterschrift



Dieser Röntgenpass dient dazu,  
Ihren Arzt/Zahnarzt über Ihre früheren  
Röntgenuntersuchungen zu informie-  
ren. Alle Röntgenuntersuchungen  
sollen in den Pass eingetragen wer-  
den. Legen Sie den Pass daher vor  
jeder Röntgenuntersuchung vor.

Datum	Art der Anwendung/ untersuchte Körperregion

Zahnarzt-, Arzt oder Krankenhausstempel Unterschrift