



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

E-Mail

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog
Bildempfänger (Detektor) ☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr. / Standort

Datum Sachverständigenprüfung

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Inbetriebnahme

☐ Erstinbetriebnahme

☐ Standortwechsel / neuer Standort :

☐ Umrüstung auf digitale Technik

☐ Gerätetausch

Name Altgerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des bisherigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Strahlenschutzverantwortliche/Anzeigende versichert, dass seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) der Zahnärztlichen Stelle zugänglich gemacht werden (§ 130 StrlSchV).

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

E-Mail

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog
Bildempfänger (Detektor) ☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr. / Standort

Datum Sachverständigenprüfung

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Inbetriebnahme

☐ Erstinbetriebnahme

☐ Standortwechsel / neuer Standort :

☐ Umrüstung auf digitale Technik

☐ Gerätetausch

Name Altgerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des bisherigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Strahlenschutzverantwortliche/Anzeigende versichert, dass seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) der Zahnärztlichen Stelle zugänglich gemacht werden (§ 130 StrlSchV).

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

E-Mail

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog
Bildempfänger (Detektor) ☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr. / Standort

Datum Sachverständigenprüfung

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Inbetriebnahme

☐ Erstinbetriebnahme

☐ Standortwechsel / neuer Standort :

☐ Umrüstung auf digitale Technik

☐ Gerätetausch

Name Altgerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des bisherigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Strahlenschutzverantwortliche/Anzeigende versichert, dass seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) der Zahnärztlichen Stelle zugänglich gemacht werden (§ 130 StrlSchV).

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

E-Mail

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog
Bildempfänger (Detektor) ☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr. / Standort

Datum Sachverständigenprüfung

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Inbetriebnahme

☐ Erstinbetriebnahme

☐ Standortwechsel / neuer Standort :

☐ Umrüstung auf digitale Technik

☐ Gerätetausch

Name Altgerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des bisherigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Strahlenschutzverantwortliche/Anzeigende versichert, dass seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) der Zahnärztlichen Stelle zugänglich gemacht werden (§ 130 StrlSchV).

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

E-Mail

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog
Bildempfänger (Detektor) ☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr. / Standort

Datum Sachverständigenprüfung

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Inbetriebnahme

☐ Erstinbetriebnahme

☐ Standortwechsel / neuer Standort :

☐ Umrüstung auf digitale Technik

☐ Gerätetausch

Name Altgerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des bisherigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Strahlenschutzverantwortliche/Anzeigende versichert, dass seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) der Zahnärztlichen Stelle zugänglich gemacht werden (§ 130 StrlSchV).

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail: ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner: Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

Abmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr.

Standort (z.B. Raum)

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Abmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Außerbetriebnahme

☐ Geräteabgabe ohne Neukauf (z.B. Entsorgung)

☐ Praxisschließung ohne Nachfolger

☐ vorübergehende Stilllegung (z.B. bei Krankheit)

☐ Gerätetausch

Name Neugerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des zukünftigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Anzeigende meldet den Betrieb oben genannter Röntgeneinrichtung ab und versichert, dass er seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) lt. Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form archiviert.

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail: ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner: Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

Abmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr.

Standort (z.B. Raum)

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Abmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Außerbetriebnahme

☐ Geräteabgabe ohne Neukauf (z.B. Entsorgung)

☐ Praxisschließung ohne Nachfolger

☐ vorübergehende Stilllegung (z.B. bei Krankheit)

☐ Gerätetausch

Name Neugerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des zukünftigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Anzeigende meldet den Betrieb oben genannter Röntgeneinrichtung ab und versichert, dass er seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) lt. Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form archiviert.

Ort/Datum/Unterschrift



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail: ubesen@lzkb.de
Ansprechpartner: Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

Abmeldung einer Röntgeneinrichtung

Dokumentation zur Röntgenanlage

Typ der Röntgeneinrichtung ☐ Tubus ☐ OPG ☐ FRS ☐ DVT ☐ DVT/OPG
Aufnahmeverfahren ☐ digital ☐ analog

Gerätebezeichnung

Hersteller

Strahler Nr.

Standort (z.B. Raum)

Strahlenschutzverantwortlicher

Zahnarzt

Angaben zur Abmeldung Zutreffendes ankreuzen

Datum der Außerbetriebnahme

☐ Geräteabgabe ohne Neukauf (z.B. Entsorgung)

☐ Praxisschließung ohne Nachfolger

☐ vorübergehende Stilllegung (z.B. bei Krankheit)

☐ Gerätetausch

Name Neugerät

☐ Betreiberwechsel

Name / Anschrift des zukünftigen Betreibers

Datum
Betreiberwechsel

Der Anzeigende meldet den Betrieb oben genannter Röntgeneinrichtung ab und versichert, dass er seine Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§115 StrlSchV) und die Konstanzprüfung (§116 StrlSchV) lt. Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form archiviert.

Ort/Datum/Unterschrift