



Mitteilung zum Betrieb von Röntgenanlagen nach § 129 StrlSchV

Zahnärztliche Stelle Röntgen

Telefon: 0355/3814812
E-Mail: ubesen@lzkv.de
Ansprechpartner: Ulrike 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. Ensorgung)

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

--