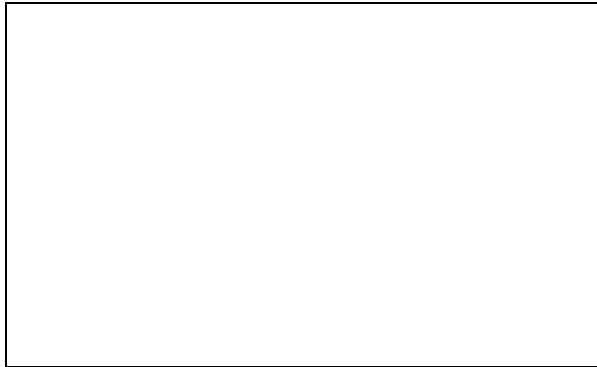


# Überlassungsbestätigung von Röntgenaufnahmen (Fremdaufnahmen)



Praxisstempel

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

## Überlassungserklärung – Röntgenbilder, Befunde etc.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat mir heute ihre/seine Original-Röntgenunterlagen  
von der Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_ übergeben:

Folgende Unterlagen/Röntgenbilder wurden übergeben:

- .
- .
- .
- .

Nach abgeschlossener Behandlung werde ich der/m Patientin/en die Original-Röntgenunterlagen wieder  
aushändigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Aufklärende/r Zahnärztin/Zahnarzt