Anmeldung / Abmeldung von Röntgeneinrichtungen **Praxisstempel**

Zahnärztekammer Berlin
Zahnärztliche Stelle
Stallstr. 1
10585 Berlin

Gemäß StrlSchV wird hiermit von

Titel:	Vorname:	Name:
Straße: Standort der Praxis	PLZ: Standort der Praxis	Ort: Standort der Praxis

der Betrieb folgender Röntgengeräte angezeigt:

Hersteller:	**Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):**

Zusatzangaben (bitte ankreuzen):

Kleinbild - Tubus □
Panorama - OPTG □
FRS-Zusatz □
DVT □

Eine Kopie der Abnahmeprüfung, bestätigt durch den Sachverständigen, wird mitgesandt.

Die Röntgeneinrichtung wurde/wird (bitte ankreuzen):

neu errichtet □ übernommen □ von:

Der Betrieb folgender Röntgengeräte wurde am _____ eingestellt:

Hersteller:	**Gerätetyp (betriebsübliche Bezeichnung):**

Datum: Unterschrift des Antragstellers: