

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zahnärztliche Stelle
Zeißstr. 11a
30519 Hannover

per Fax: 0511 83391- 42118
per E-Mail: roentgenstelle@zkn.de

Hiermit melde ich der Zahnärztlichen Stelle folgende Änderungen in meiner/unsere Praxis:

Grund der Änderung:

Zusätzliche Informationen an die Zä.-Stelle:

Betroffene Geräte:

Nr.	Art der Meldung	Geräteart	Hersteller	Typ/Model	Technik
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Absender (Name, Anschrift, Telefon) oder Adressstempel:

Strahlenschutzverantwortliche/r:
Zahnarzt/In

.....

Niedergelassene Zahnärzte (Gerätebetreiber):

1.
2.
3.
4.
5.

.....
Ort, Datum