

**Patient:**

.....  
.....  
.....  
.....

Betreiber/Praxisstempel:

**Ausgehändigt an:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ausgehändigt von:**

(zuständige zahnmedizinische Assistentin)

Name: .....

Vorname: .....

**Röntgenaufnahme/n:**

- Zahnfilm regio .....
- Bissflügel     links     rechts
- Panoramaschichtaufnahme
- Fernröntgenaufnahme
- Dentale digitale Volumentomografie (DVT)

Herausgegeben am: .....

**Erklärung des Patienten:**

Hiermit bestätige ich, dass ich heute von der oben genannten Praxis entsprechende Röntgenunterlagen erhalten habe. Ich versichere, dass ich diese Röntgenbilder nur zu treuen Händen und nur zur unmittelbaren Weitergabe an meine/n weiterbehandelnde/n Zahnarzt/Zahnärztin erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die Röntgenbilder ausschließlich im Eigentum der oben genannten Praxis stehen. Ich verpflichte mich daher, auf die Rückgabe der Röntgenunterlagen nach dem Abschluss der Behandlung hinzuwirken.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift