

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zahnärztliche Stelle
Zeißstr. 11a
30519 Hannover

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

Hiermit melde ich der zahnärztlichen Stelle folgende Änderungen in meiner/unserer Praxis:

Art der Meldung:

- Anmeldung Abmeldung Wesentliche Änderung

Grund der Meldung:

- Praxisgründung Praxisaufgabe Umstellung von analog auf digital
 Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Betreibern:
 Praxis-/Geräteübernahme von (bisheriger Betreiber):
 Praxis-/Geräteverkauf an (neuer Betreiber):
 Sonstige Änderung:

Betroffene Röntengeräte:

Nr.	Hersteller	Typ	Geräteart				Aufnahmetechnik		
			Tubus	OPG	FRS	DVT	Film	Sensor	Speicherfolie
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betriebsort/Absender/Adressstempel
(Name, Anschrift, Telefon):

Strahlenschutzverantwortliche/r
Zahnarzt(ärztin):

Ort, Datum

Niedergelassene Zahnärzte(innen)
bzw. Betreiber der Röntengeräte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Unterschrift der/des
Strahlenschutzverantwortlichen