

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/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"/>						
2.			<input type="checkbox"/>						
3.			<input type="checkbox"/>						
4.			<input type="checkbox"/>						

Absender (Name, Anschrift, Telefon) oder Adressstempel:

Strahlenschutzverantwortliche/r:
 Zahnarzt/In:

Ort, Datum

Niedergelassene Zahnärzte (Gerätebetreiber):

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

Unterschrift der/des Strahlenschutzverantwortlichen