

Datum

Art der Anwendung /  
untersuchte Körperregion

Zahnarzt-, Arzt- oder  
Krankenhausstempel

# RÖNTGEN-PASS

Röntgennachweisheft gemäß  
§28 Abs. 2 Röntgenverordnung

Datum	Art der Anwendung / untersuchte Körperregion	Zahnarzt-, Arzt- oder Krankenhausstempel

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE  
Dr. Joachim Weber, Dr. Elisabeth Meyer & Kollegen  
Mannheimer Straße 2 - 4, 67071 Ludwigshafen  
Tel: 0 621 - 685 777 Fax: 0 621 - 685 778



