

Praxisstempel

Zahnärztliche Stelle Röntgen
Nordrhein-Westfalen
Auf der Horst 29
48147 Münster

Fax: 0251 507-539

**Anmeldung einer neuen Röntgeneinrichtung nach § 129 StrISchV
oder
Abmeldung einer Röntgeneinrichtung nach § 129 StrISchV**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Ihnen die

- Inbetriebnahme
 Stilllegung
 Änderung

einer Röntgeneinrichtung anzeigen.

Gerätename: _____

Hersteller: _____

Geräteart: Tubus OPT FRS DVT

Serien-Nr. Röntgenstrahler: _____

Aufnahmeverfahren: digital analog beides

Standort / Raum: _____

Datum der letzten Sachverständigenprüfung: _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung/Änderung den Abnahmeprüfbericht des Technikers (Dental Depot) bei.

Datum / Unterschrift Strahlenschutzverantwortliche/r

Die Anmeldung/Abmeldung bei der Zahnärztlichen Stelle NRW ersetzt nicht die Genehmigung/ Anzeige gem. §§ 19,21 StrISchG bei der Bezirksregierung (4 Wochen vor Inbetriebnahme notwendig).