

Datum	Art der Anwendung und untersuchte Körperregion

Praxis- oder Krankenhausstempel Unterschrift

**RÖNTGEN-PASS**  
nach § 28 Abs. 2 der Röntgenverordnung

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

Datum	Art der Anwendung und untersuchte Körperregion

Praxis- oder Krankenhausstempel Unterschrift

**RÖNTGEN-PASS**  
nach § 28 Abs. 2 der Röntgenverordnung

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

Datum	Art der Anwendung und untersuchte Körperregion

Praxis- oder Krankenhausstempel Unterschrift

**RÖNTGEN-PASS**  
nach § 28 Abs. 2 der Röntgenverordnung

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

