

# Röntgenbildanforderung

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

### HINWEIS

Mit diesem Formular können wir Ihre Röntgenaufnahmen vom Vorbehandler anfordern. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und sorgfältig mit Großbuchstaben aus, damit eine schnelle und korrekte Bearbeitung gewährleistet ist.



## Vorbehandlerdaten

Name \_\_\_\_\_

Anschrift PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefon/FAX \_\_\_\_\_

### WICHTIG

Bitte übersenden Sie uns nur zahnärztliche Röntgenaufnahmen des oben eingetragene Patienten, die nicht älter als 24 Monate sind.

**Aufnahmedatum angeben!**  
VIELEN DANK

Datum: \_\_\_\_\_

Behandler, Zahnärzt(in) / Arzt, Ärztin \_\_\_\_\_



**AN DIE NORDSEEPRAXIS • Email: [info@drdent.de](mailto:info@drdent.de)**

Zahnärztin: Eske Maria Tönissen • Neue Straße 9 • 21244 Buchholz i.d.N.

Tel.: 0 41 81 / 99 94 40 • Fax: 0 41 81 / 99 94 50

Der Qualitätsnorm entsprechend sind Sie lt. DIN-Norm 6868-157 angehalten digitale Patientendaten gesichert auf externem Speicher mit höchster Datendichte zu überlassen. Gedruckte Daten müssen der DIN-Norm 6868-160 entsprechen!

