



**Zahnärztliche Stelle Röntgen
Land Brandenburg**

Telefon: 0355/3814812
E-Mail ubesen@zaestbb.de
Ansprechpartner Frau Besen

Absender / Praxisanschrift

Name

Straße

Ort

**Angaben zur rechtfertigenden Indikation für die Anfertigung
von digitalen Patientenaufnahmen**

Angaben zur Röntgeneinrichtung

Gerätebezeichnung

--

Standort in der Praxis (z.B. Raum)

--

Bildempfänger (Detektor)

☐ Sensor ☐ Speicherfolie

Hinweis:

Sollten im Anforderungszeitraum keine sechs Patientenaufnahmen vorliegen, vermerken Sie dies bitte im Formular und erweitern Sie den Betrachtungszeitraum ggf. um weitere sechs Monate rückwirkend.

Aufnahme/ Dateiname	Zahnangabe/ Bildinhalt	Diagnostische Fragestellung

Verwendung von zwei Sensoren (groß/klein) pro Tubusgerät

Bitte reichen Sie nur die Bilder des Sensors ein, welcher üblicherweise verwendet wird.