

| Datum | Art der Anwendung und untersuchte Körperregion | Stempel Praxis / Krankenhaus und Unterschrift |
|-------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

RÖNTGENPASS

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ und Wohnort

Überreicht durch:



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Liebe Patientinnen,
Liebe Patienten,

seit dem 31.12.2018 sind Praxen und Krankenhäuser, die Röntgenaufnahmen anfertigen, NICHT mehr gesetzlich verpflichtet einen Röntgenpass bereit zu halten oder Patientinnen und Patienten anzubieten.

Dennoch sind wir weiterhin gerne bereit Eintragungen in Ihren vorhandenen oder in diesen Röntgenpass vorzunehmen. Legen Sie dazu den Röntgenpass unaufgefordert bei den Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen vor, die bei Ihnen die Röntgenaufnahme durchführen.

Die Übersicht angefertigter Röntgenaufnahmen kann unnötige radiologische Untersuchungen vermeiden.



Scannen Sie den QR-Code, um auf die Webseite der MKG-Chirurgie zu gelangen.

| Datum | Art der Anwendung und untersuchte Körperregion | Stempel Praxis / Krankenhaus und Unterschrift |
|-------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |