

# Röntgentestatnachweis

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

Ausbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ausbildungszeitraum: \_\_\_\_\_

In der Ausbildungseinrichtung wird  analog

digital geröntgt.

Für nicht in der Praxis vorhandene Verfahren /Einstelltechniken muss dem /der Auszubildenden die Möglichkeit eingeräumt werden, in einer anderen Praxis zu hospitieren.

Die Röntgenaufnahmen in dieser Röntgentestanlage gelten als erfüllt, wenn die Aufnahmen unter Anleitung und Aufsicht der/des Strahlenschutzverantwortlichen eingestellt und ausgewertet werden. Die Exponierung ist durch eine andere Person mit Kenntnissen im Strahlenschutz vorzunehmen.

## Bestätigung

über erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten für folgende Tätigkeiten:

	Unterschrift Ausbilder/in
Wartung und Pflege der Geräte	
Röntgenvorschriften	
Patientenschutz	
Arbeitsschutz	

# Ausbildungsnachweis

## Röntgenaufnahmen nach dem Verfahren der Halbwinkeltechnik

Zahn	Analog	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

---

Unterschrift Auszubildende/r

## Röntgenaufnahmen nach dem Verfahren der Paralleltechnik (mit Filmhalter)

Zahn	Analog	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

---

Unterschrift Auszubildende/r

# Ausbildungsnachweis

## OPG

OPG	Analog	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.				
2.				

---

Unterschrift Auszubildende/r

## Röntgenkonstanzaufnahmen

Röntgenkonstanzaufnahme	Analog	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.				
2.				
3.				

---

Unterschrift Auszubildende/r

## Bestätigung

der **theoretischen Vermittlung** folgender Fertigkeiten und Kenntnisse.

Praktische Umsetzung fakultativ, sofern in der Praxis anwendbar.

	Unterschrift Ausbilder/in
Ansetzen von Röntgenchemikalien	
Entwicklung von Röntgenaufnahmen	
Entsorgung von Röntgenfilmen und Röntgenchemikalien	
Überprüfung Dunkelkammer	
Übernahme digitaler Aufnahmen in die Praxissoftware	

# Ausbildungsnachweis

## Beurteilung Befundungsmonitor

Monitor	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.			
2.			

---

Unterschrift Auszubildende/r

## Bissflügelaufnahmen

Zähne	Analog	Digital	Datum	Unterschrift Ausbilder/in
1.				
2.				
3.				

---

Unterschrift Auszubildende/r