

Verlängerung Konstanzprüfungs-Intervall auf 3 Monate

Gerätebezeichnung: (z. B. Heliodent, Vista Pano)

Geräteetyp: (z. B. Tubus, OPG, FRS, DVT)

Strahlernummer:

erste korrekte Konstanzprüfung am:

zweite korrekte Konstanzprüfung am:

dritte korrekte Konstanzprüfung am:

Verlängerung auf 3 Monate ab:

Name des Strahlenschutzverantwortlichen

Eine Kopie dieser Anmeldung bitte an die **Zahnärztliche Stelle Sachsen** schicken.

Mail: zahnaerztliche.stelle@lzk-sachsen.de