

Datum	Untersuchte Körperregion	Stempel von Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus	Unterschrift



Röntgen-Pass

Röntgennachweisheft gemäß
§ 28 Röntgenverordnung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Katholisches Klinikum
Koblenz • Montabaur

