

Datum	Untersuchte Körperregion	Arzt-, Zahnarzt- oder Krankenhausstempel	Unterschrift

RÖNTGEN-PASS

Röntgennachweisheft gemäß
§ 28 Röntgenverordnung

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße)

(PLZ, Wohnort)

Ausgegeben von

Dr med. Martin Böhringer

Facharzt für Orthopädie
Tel. 09132 - 5361

