

# Formblatt zur Herausgabe von Patientenaufnahmen

Praxis

---

---

---

Patient (Name, Anschrift)

---

---

---

Röntgenaufnahme

- Zahnfilm regio: \_\_\_\_\_
- Bissflügel:       links       rechts
- Panoramaschichtaufnahme
- Fernröntgenaufnahme
- DVT / CT

Ausgehändigt am (Datum)

---

Ausgehändigt von (Name des zuständigen Mitarbeiters)

---

Ausgehändigt an (Name, Anschrift)

---

---

---

---

## Erklärung des Patienten

Ich bestätige den Erhalt der oben genannten Röntgenaufnahme(n), die mir zur Weiterbehandlung ausgehändigt wurde(n). Ich versichere hiermit den ordnungsgemäßen Umgang mit der/den Röntgenaufnahme(n).

Röntgenaufnahmen und die zugehörigen Aufzeichnungen sind aufgrund gesetzlicher Vorgaben in der Verantwortung der/des Strahlenschutzverantwortlichen der untersuchenden Einrichtung aufzubewahren. Ich wurde nach § 28 Abs. 8 Satz 4 RöV darauf hingewiesen, dass mir die Röntgenaufnahme(n) deshalb nur vorübergehend überlassen wurde(n). Ich bin verpflichtet, sie unmittelbar nach der Behandlung, für welche mir die Röntgenaufnahme(n) überlassen wurde(n), der oben genannten Praxis zurückzugeben.

(Ort, Datum))

(Unterschrift des Patienten)