Datum	Untersuchte Körperregion	Arzt-, Zahnarzt- oder Krankenhausstempel	Unterschrift

RÖNTGEN-PASS

Röntgennachweisheft gemäß
§ 28 Röntgenverordnung

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße)

(PLZ, Wohnort)

Herausgegeben vom
Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung