Röntgenuntersuchung (Tbc-Ausschluss) – Namensliste

Einrichtung

Anschrift: _____ VKNR der zust. BR:____

☐ Landeseinrichtung ☐ Kommunale Einrichtung

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:

Name, Vorname: _____

LANR **und** BSNR: _____ _____

☐ KV Nordrhein ☐ KV Westfalen-Lippe

Behandlungsdatum: _____

Name	**Vorname**	**Geburtsdatum**	**Röntgenuntersuchung durchgeführt** (bitte ankreuzen)

Für die Richtigkeit:

_____

Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung