

**Arzt-, Zahnarzt- oder  
Krankenhausstempel / Unterschrift**

**Datum**

**Art der Anwendung /  
untersuchte Körperregion**

# RÖNTGEN-PASS

nach § 28 Abs. 2 der Röntgenverordnung

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ/Wohnort

Telefon

Privatärztliche Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr  
Remscheider Straße 16, 45466 Mülheim an der Ruhr  
Tel.: 02 08/48 47-444, Fax: 02 08/48 47-399

Privatärztliche Verrechnungsstelle für Berlin/Brandenburg  
Hardenbergstr. 15, 10623 Berlin  
Tel.: 0 30/31 90 08-0, Fax: 030/31 21 020



Privatärztliche Verrechnungsstelle  
Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Datum

Art der Anwendung /  
untersuchte Körperregion

Arzt-, Zahnarzt- oder  
Krankenhausstempel / Unterschrift

Für Ihre Gesundheit

MUSTER

Bitte legen Sie diesen Röntgenpass bei jeder Röntgenuntersuchung vor und lassen Sie alle Röntgenuntersuchungen in den Pass eintragen. Dieser Röntgenpass dient dazu, Ihren Arzt/Zahnarzt über Ihre früheren Röntgenuntersuchungen zu informieren.

Auf unserer Internetseite: [www.pvs-patienten-portal.de](http://www.pvs-patienten-portal.de) können Sie sich bei Bedarf einen neuen Röntgen - PASS bestellen!



Berufsverband der Deutschen Radiologen e. V.



Privatärztliche VerrechnungsStelle  
Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung