

Anmeldeformular periodische Kontrolle der Strahlenschutzbekleidung

Berit Klinik AG
 Steig 48
 9630 Wattwil
 T +41 71 987 32 11
 info@beritklinik.ch
 www.beritklinik.ch

| | |
|----------------------|--|
| Praxisname | |
| Kontaktperson | |
| Telefon Privat | |
| Telefon Geschäftlich | |
| Strasse / Nr | |
| PLZ / Ort | |

Keizer Michelle
 Fachfrau für medizinisch-technische Radiologie
 Leiterin Radiologie Berit Klinik Wattwil
 T +41 78 952 66 20
 Michelle.Keizer@klinik.ch
 www.beritklinik.ch

| | |
|---|--|
| In welchem Zeitraum sollte die Kontrolle stattfinden? | |
|---|--|

Anzahl

- Frontschürze _____
- Mantelschürze _____
- Halbschürzen / Weste _____
- Thyreoidenschutz _____
- Handschuhe _____
- Ovarienschutz / Gonadenschutz _____

| | |
|--------|--|
| Datum: | Stempel / Unterschrift der Praxis: |
| Datum: | Unterschrift der Lehrmeisterin / des Lehrmeisters: |

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:
 Michelle.Keizer@klinik.ch

Wir freuen uns auf Ihren Besuch, und auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen
 M. Keizer