

Datum	Untersuchte Körperregion	Arzt-, Zahnarzt- oder Krankenhausstempel	Unterschrift

WK 142 12/03

# Barmenia- Röntgenpass

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum:

**Barmenia**  
Versicherungen