

Adresse Praxis / Klinik

.....
.....
.....
.....
.....

Stempel Praxis / Klinik

.....
.....
.....
.....
.....

Antrag auf Kostenübernahme für die offene MRT

Name Vorname

Geb.-Datum

Straße

Hausnummer

Wohnort

Postleitzahl

Telefon

E-Mail

Untersuchungsregion

.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei o.g. Patienten/Patientin ist die Durchführung einer Kernspintomographie durch den zuweisenden Arzt verordnet worden. Aus folgendem Grund ist die Untersuchung in einem herkömmlichen geschlossenen MRT nicht möglich bzw. die Untersuchung in einem offenen MRT-Gerät anzuraten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Patient hat Platzangst

Patient hat einen kräftigen Körperbau (Gewicht Körpergröße)

Patient hat körperliche Einschränkungen

Patient ist ein Kleinkind bzw. Kind mit ausgeprägter Angst vor MRT-Untersuchungen

Patient ist aufgrund seines Alters in seiner Mobilität eingeschränkt

Da unser Kernspintomograph Modell keine allgemeine vertragsärztliche Zulassung hat, bitten wir um schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme. Die Durchführung der Untersuchung wird in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft und den MRT-Richtlinien der KV durchgeführt. Die Kosten der Untersuchung werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) berechnet.

Mit freundlichen Grüßen

Zuständiger Arzt/Radiologe

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für die Untersuchung bei o.g. Patienten.

.....
Stempel der Krankenkasse, Datum, Unterschrift

Sonstiges