

Adresse Praxis/Klinik

Stempel Praxis/Klinik

Antrag auf Kostenübernahme für die offene MRT

Name des Patienten

Geb.-Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

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 (bitte Modell eintragen) 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