



Antrag auf Kostenübernahme für die Offene Kernspintomographie (Version A)					Version	Seite
F	30	7	7.1		1.0	1 von 1

Antrag auf Kostenübernahme für die Offene Kernspintomographie (A)

Name des Patienten

Geb.-Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Untersuchungsregion

Mainaschaff, den.....

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 Tunnelsystem nicht möglich bzw. die Untersuchung in einem offenen Mittelfeldsystem anzuraten:

- ausgeprägte Platzangst
- deutliches Übergewicht (Gewicht: Körpergröße:)
- Schwangerschaft
- Kleinkind
- Sonstiger Grund: _____

Da unser Kernspintomograph (Aperto, Fa. Hitachi, 0,4 T) keine allgemeine vertragsärztliche Zulassung hat, bitten wir um schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme. Die Untersuchung wird in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft und den MRT-Richtlinien der KV durchgeführt. Die Kosten der Untersuchung werden nach einfachem GOÄ-Satz berechnet.

Wir bitten Sie, uns die Kostenübernahme per Rückfax zu bestätigen und uns auch im Falle einer Ablehnung zu informieren

Mit freundlichen Grüßen

Dr. R. Plönissen

PD Dr. H. Lorch

Dr. Ch. Hundertmark

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

Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift