



## WICHTIGE INFO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich entschieden, eine notwendige Untersuchung in unserem **offenen MRT** durchführen zu lassen.

Ihre Krankenkasse muss in jedem Einzelfall die Zusage oder Ablehnung einer Kostenübernahme sorgfältig prüfen.

Um Ihnen unnötigen Zeit- und Wegeaufwand zu ersparen, befolgen Sie bitte nachstehende Anweisungen genau:

- 1. Füllen Sie die persönlichen Angaben im unteren Teil des Antrags auf Kostenübernahme aus.**
- 2. Legen Sie Ihrer Krankenkasse den Antrag und den Überweisungsschein Ihres Arztes im Original vor.**
- 3. Die Krankenkasse prüft Ihren Antrag individuell im Sinne einer Einzelentscheidung. Im positiven Fall füllt die Krankenkasse den umrandeten mittleren Abschnitt des Antrages aus und bewilligt hiermit die Kostenübernahme.**
- 4. Erst dann vereinbaren Sie mit unserer Praxis den Untersuchungstermin (z.B. telefonisch).**

Zur Untersuchung bringen Sie bitte den vollständig ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme und den Überweisungsschein, sowie Ihre Versicherungskarte mit. Nur so dürfen wir die Untersuchung wie geplant durchführen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Radiologie Zentrum Hameln





## **ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME für die offene Kernspintomographie (MRT)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer Versicherten/Ihrem Versicherten ist die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) notwendig und durch den zuweisenden Arzt verordnet worden. Aus u.g. Grund ist die Untersuchung in einem herkömmlichem Tunnelsystem nicht möglich, bzw. ist die Untersuchung in einem offenen System angezeigt. Da in unserer Praxis für das offene Gerät (Hitachi) keine vertragsärztliche Zulassung besteht, bitten wir um schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme.

Die Durchführung erfolgt angelehnt an die Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft und folgt den Richtlinien der kassenärztlichen Vereinigung. Die Kosten werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum einfachen Satz berechnet.

Mit freundlichen Grüßen  
Radiologie Zentrum Hameln

### **Von der Krankenkasse auszufüllen**

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für die Untersuchung bei u.g. Patientin/Patienten und bitten um die Rechnungsstellung direkt an uns.

Stempel der Krankenkasse:

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

- ausgeprägte Platzangst
- deutliches Übergewicht [Gewicht (kg):  Körpergröße (cm):  ]
- Schwangerschaft
- Kleinkind
- Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsregion