

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR DIE OFFENE KERNSPINTOMOGRAPHIE

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsregion

\_\_\_\_\_  
Tel:

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem o. g. Patienten ist die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) notwendig.

Aus folgendem Grund ist die Untersuchung in einem herkömmlichen Tunnelsystem nicht möglich bzw. ist die Untersuchung in einem offenen Gerät angezeigt:

Ausgeprägte Platzangst

Deutliches Übergewicht / Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft

Kleinkind

Sonstiger Grund: \_\_\_\_\_

Die Kosten der Untersuchung werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team Offenes MRT am Hauptbahnhof MA

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

\_\_\_\_\_  
Stempel der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift