

## Antrag auf Kostenübernahme für die offene MRT

\_\_\_\_\_  
Name der Patientin/des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsregion

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

bei o. g. Patientin/Patienten 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):

- Klaustrophobie
- Bereits durchgeführte Untersuchung in geschlossenem System - vorzeitiger Abbruch
- kräftiger Körperbau Gewicht: \_\_\_\_\_ (bis max. 150 kg) Körpergröße \_\_\_\_\_
- körperliche Einschränkungen
- Kleinkind bzw. Kind mit ausgeprägter Angst vor MRT-Untersuchungen
- altersbedingte Einschränkung, z.B. in der Mobilität oder Demenz
- Schwangerschaft

Da unser Kernspintomograph (Fujifilm OASIS Velocity 1,2 T) 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

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Arztes

Praxisstempel

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

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

Stempel der Krankenkasse, Datum, Unterschrift