

Wichtig

Hinweise zur Kostenübernahme für gesetzlich Versicherte

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:

- Füllen Sie die persönlichen Angaben im unteren Anteil des Antrages auf Kostenübernahme (Seite 2) aus.
- Legen Sie Ihrer Krankenkasse den Antrag und den Überweisungsschein Ihres Arztes im Original vor.
- Die Krankenkasse prüft Ihren Antrag individuell im Sinne einer Einzelfallentscheidung. Im positiven Falle füllt die Krankenkasse den umrandeten Anteil des Antrages aus und bewilligt damit die Kostenübernahme.
- Erst dann vereinbaren Sie mit unserer Praxis den Untersuchungstermin.
- Zur Untersuchung bringen Sie bitte den vollständig ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme und den Überweisungsschein mit. Nur so dürfen wir die Untersuchung wie geplant durchführen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre OpenMRT Braunschweig

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten ist die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) notwendig und durch den zuweisenden Arzt verordnet worden. Aus u.g. Grund ist die Untersuchung in einem herkömmlichen Tunnelsystem nicht möglich bzw. ist die Untersuchung in einem offenen System angezeigt.

Da in unserer Praxis für das offene MRT-Gerät (Aperto Lucent 0,4 Tesla) 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 abgerechnet (s. Seite 3).

Name, Vorname des Pat.

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Untersuchungsregion: _____

Indikation für die Untersuchung im offenen System:

- Ausgeprägte Platzangst
- Deutliches Übergewicht (Gewicht: ____ kg bei einer Körpergröße von ____ cm)
- Schwangerschaft
- Kleinkind (Untersuchung nur mit Begleitperson möglich)
- Sonstiger Grund:

Von der Krankenkasse auszufüllen

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

Die Kosten betragen: €

Stempel der Krankenkasse:

Datum und Unterschrift:

Preisliste für Kostenerstattung durch gesetzliche Kassen



Untersuchungsregion	Zusatzziffer	GOÄ-Ziffer	Betrag
Schädel/Gehirn		5700	256,46
	Ergänzende Serien (Angiografie oder Diffusion)	5731	58,29
	Computeranalyse (z.B. ADC, MIP)	5733	46,63
			361,38
Wirbelsäule (HWS, BWS oder LWS)		5705	244,81
	Ergänzende Serien (z.B. Fettsättigung)	5731	58,29
	Computeranalyse (z.B. MR-Myelografie)	5733	46,63
			349,73
Becken		5720	256,46
	Ergänzende Serien (z.B. Fettsättigung)	5731	58,29
	Computeranalyse (z.B. ADC, MIP)	5733	46,63
			361,38
Gelenk/ Extremitätenabschnitt		5729	139,89
	Ergänzende Serien (z.B. Fettsättigung Knorpeldarstellung)	5731	58,29
	Computeranalyse (z.B. ADC, MIP)	5733	46,63
			244,81