

Wichtige Hinweise zur Kostenübernahme für gesetzlich versicherte Patient:innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten gerne eine medizinisch notwendige MRT-Diagnostik in unserem offenen MRT durchführen lassen.

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

Bitte befolgen Sie nachstehende Anweisungen genau, um Ihnen unnötigen Zeit- und Wegeaufwand zu ersparen:

- Füllen Sie die persönlichen Angaben im Antrag auf Kostenübernahme vollständig aus.
- Erfragen Sie die Kosten für Ihre Untersuchung im offenen MRT zuvor telefonisch in der Praxis unter 0221-888892-0 und tragen diesen Betrag in das entsprechende Feld des Antrags ein.
- Legen Sie Ihrer Krankenkasse den Antrag und den Überweisungsschein Ihres Arztes im Original vor.
- Die Krankenkasse prüft Ihren Antrag individuell. Im Falle einer Bewilligung der Kostenübernahme erhalten Sie den Antrag unterschrieben und mit Stempel von der Krankenkasse zurück.
- Erst wenn Ihnen ein positiver Bescheid Ihrer Krankenkasse vorliegt, können Sie den Termin für die Untersuchung in unserem offenen MRT vereinbaren.
- Bitte bringen Sie zur Untersuchung unbedingt die Bewilligung der Kostenübernahme und den Überweisungsschein mit. Andernfalls können wir die Untersuchung nicht wie geplant durchführen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team Offenes MRT Köln-Junkersdorf

Antrag auf Kostenübernahme der Untersuchung im offenen MRT

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten ist eine Kernspintomographie (MRT) medizinisch notwendig und wurde vom zuweisenden Arzt verordnet. Aufgrund des genannten Grundes ist die Untersuchung in einem herkömmlichen Tunnelsystem nicht durchführbar, weshalb eine Untersuchung in einem offenen System angezeigt ist.

Da in unserer Praxis für das offene Gerät (Fujifilm Aperto Lucent Plus) keine vertragsärztliche Zulassung besteht, bitten wir um eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme. Die Untersuchung erfolgt gemäß den Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft und den Richtlinien der kassenärztlichen Vereinigung. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum einfachen Satz.

Von der Krankenkasse auszufüllen:

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

Die Kosten betragen: _____ Euro

Stempel der Krankenkasse:

Datum und Unterschrift: _____

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Untersuchungsregion: _____

- ☐ Ausgeprägte Platzangst
- ☐ Kleinkind (Begleitperson bei Untersuchung erforderlich)
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Deutliches Übergewicht (bei einer Körpergröße von _____ cm Gewicht von _____ kg)
- ☐ Sonstiger Grund: _____