



**Dr. med. Johannes Kolbe**  
Facharzt für Orthopädie  
Sportmedizin - Chirotherapie

Regerstr. 1 · 70195 Stuttgart  
Tel. 0711 601420 · Fax 0711 6014242  
info@oksb.de · www.oksb.de

**Ambulante und stationäre  
Operationen · Kernspintomographie  
Sportmedizin · Chirotherapie**

Dr. med. Johannes Kolbe · Regerstr. 1 · 70195 Stuttgart

**Antrag auf Kostenübernahme  
durch die gesetzliche Krankenversicherung  
für eine Untersuchung im offenen MRT  
Aperto Lucent der Firma Hitachi**

**Dr. med. Johannes Kolbe**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Sportmedizin, Chirotherapie,  
MRT des Bewegungsapparates

**Dr. med. Rainer Rathscheck**

Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin

**Dr. med. Wolfgang Birkner**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Spezielle orthopädische Chirurgie, Sportmedizin

**Sandra Klett**

Fachärztin für Orthopädie, Chirotherapie

**Dr. med. Norbert Heim**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Expertenzertifikat Fuß- und  
Sprunggelenkschirurgie (GFFC e.V.)

**Dr. med. Andrea Leitenberger**

Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie  
Handchirurgie, Notfallmedizin

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Untersuchungsregion	

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei o.g. Patienten/Patientin ist die Durchführung einer Kernspintomographie durch den zuweisenden Arzt verordnet worden. Aus folgendem Grund ist die Untersuchung in einem herkömmlichen Tunnelsystem nicht möglich bzw. die Untersuchung in einem offenen Mittelfeldsystem anzuraten. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ausgeprägte Platzangst (Klaustrophobie)
- Kleinkind
- Deutliches Übergewicht (Gewicht in kg: \_\_\_\_\_, Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_)
- Sonstiger Grund: \_\_\_\_\_

Da unser Kernspintomograph Aperto Lucent der Firma Hitachi 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.

---

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

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

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