



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 Raumangst (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