



Dr. med. Johannes Kolbe
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Sportmedizin – Chirotherapie
MRT des Bewegungsapparates

**Ambulante und stationäre Operationen
Kernspintomographie
Sportmedizin**

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

Dr. med. Wolfgang Birkner
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Spezielle orthopädische Chirurgie, Sportmedizin

Dr. med. Andrea Leitenberger
Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie
Handchirurgie und Notfallmedizin

Dr. med. Michael Mitrovics
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Fuß- und Sprunggelenkchirurgie, Akupunktur,
Wirbelsäuleninjektionsbehandlung, Chirotherapie

Dr. med. Julian Kurz
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Kniegelenkchirurgie, Notfallmedizin



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

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