

Vereinbarung zur Kernspintomographie der Prostata

Sehr geehrter Patient,

Sie haben sich entschieden, eine notwendige Untersuchung in unserem MRT durchführen zu lassen. Diese Untersuchung **ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen**. Sie bekommen von uns über die Privatärztliche Verrechnungsstelle eine Rechnung. Die anfallenden Kosten werden aber eventuell, im Rahmen einer Einzelfallentscheidung, von der Krankenkasse erstattet bzw. übernommen. Im Folgenden erhalten Sie die nötigen Informationen und den Antrag auf Kostenerstattung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Radiologie Landau-SÜW

Vereinbarung:

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass die geplante mpMRT Untersuchung **keine Kassenleistung** ist und eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen, auch der privaten Krankenversicherung, möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Behandlung erfolgt dennoch auf meinen ausdrücklichen Wunsch im **Rahmen einer privatärztlichen Behandlung**. Die Höhe der voraussichtlichen Kosten wurde mir mitgeteilt. Für die Behandlung wird eine Rechnung nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausgestellt, die von mir zu begleichen ist.

Mir ist bekannt, dass die Kosten von meiner Krankenkasse möglicherweise nicht oder nicht in voller Höhe erstattet werden.

Diese Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch und erkläre mich damit einverstanden:

☐ Ja ☐ Nein

Name des Patienten

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift

Diese Vereinbarung bitte zu Ihrem Untersuchungstermin mitbringen!

Antrag auf Kostenübernahme für eine Kernspintomographie der Prostata (multiparametrisches Prostata-MRT) durch die Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei u. g. Patienten ist die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) der Prostata notwendig und durch den zuweisenden Facharzt verordnet worden.

Wir bitten im Rahmen einer Einzelfallentscheidung um eine 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) berechnet.

Mit freundlichen Grüßen
Radiologie Landau-SÜW

Kurzlegende/Leistung	GOÄ-Nr.	Endbetrag in Euro
Beratung	1	10,72
mpMRT-Prostatographie	5720	461,64
Ergänzende Serie	5731	104,92
KM-Einbringung	346	40,22
Buscopan	BUSC	2,04
Injektion i.v	253	9,38
Zweitbefundung/Zweitmeinung	60a	16,09
Befundbericht ausführlich	75	17,43
Patientenschlauch	mrps	1,69
Auslagen digitaler Befundversand	pe	3,75

Gesamtbetrag: 667,88

zzgl. Sachkosten für Kontrastmittel Dotavision (benötigte Menge von Gewicht des Patienten abhängig,
Beispielrechnung: Kosten für Patient mit 80 kg betragen ca. 82 Euro)

Von der Krankenkasse auszufüllen:

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für die MRT-Untersuchung der Prostata
bei u.g. Patienten.

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Datum, Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Einverständniserklärung Buscopan-Gabe zur mpMRT Prostata

Zur Durchführung der Untersuchung ist geplant, Ihnen **Buscopan** intravenös zu verabreichen, um eine optimale Bildqualität und Aussagekraft zu gewährleisten.

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Mechanische Verengung des Magen-Darm-Traktes, Darmlähmung oder Darmverschluss (Ileus)

☐ Nein ☐ Ja

Engwinkelglaukom (Grüner Star)

☐ Nein ☐ Ja

Herzrhythmusstörungen / Herzrasen

☐ Nein ☐ Ja

Myasthenia gravis (besondere Form krankhafter Muskelschwäche)

☐ Nein ☐ Ja

Wir weisen darauf hin, dass es nach der Injektion von Buscopan vorübergehend zu einer Störung der Akkommodation (gestörte Anpassungsfähigkeit des Auges) kommen kann. Dadurch kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie zum Bedienen von Maschinen oder zur Ausführung anderer gefährvoller Tätigkeiten eingeschränkt sein. Diese Tätigkeiten sollten daher für einen Zeitraum von 6 Stunden nach der Injektion unterlassen werden.

Name, Vorname: _____

Ich bin über o.g. Nebenwirkungen aufgeklärt worden und mit der Gabe von Buscopan einverstanden.

☐ Nein ☐ Ja

Landau / Bad Bergzabern / Herxheim, den _____

Unterschrift