

**Dr. med. Udo Bühring** Arzt für Radiologie / Neuroradiologie

**Dr. med. Michael Knölker** Facharzt für Radiologie / Neuroradiologie

**Dr. med. Daniel Faucheron-Ulmcke** Facharzt für Radiologie

**René Romanos** Facharzt für Radiologie

**Dr. med. Regina Streibert** Fachärztin für Radiologie

**Dr. med. Fabian Fey** Facharzt für Radiologie

**Radiologie Landau-SÜW**

**Bodelschwingstraße 11, 76829 Landau**

Tel. 06341 / 9552-0 Fax 06341 / 9552-119

**Danziger Straße 25, 76887 Bad Bergzabern**

Tel. 06341 / 9552-0 Fax 06341 / 9552-219

www.radiologie-landau.de

---

## Vereinbarung zur Kernspintomographie der Prostata

Sehr geehrte Patientin, 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 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 bin damit einverstanden:

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Diese Vereinbarung bitte zu Ihrem Untersuchungstermin mitbringen!**

**Dr. med. Udo Bühring** Arzt für Radiologie / Neuroradiologie  
**Dr. med. Michael Knölker** Facharzt für Radiologie / Neuroradiologie  
**Dr. med. Daniel Faucheron-Ulmcke** Facharzt für Radiologie  
**René Romanos** Facharzt für Radiologie  
**Dr. med. Regina Streibert** Fachärztin für Radiologie  
**Dr. med. Fabian Fey** Facharzt für Radiologie

**Radiologie Landau-SÜW**  
**Bodelschwingstraße 11, 76829 Landau**  
Tel. 06341 / 9552-0 Fax 06341 / 9552-119  
**Danziger Straße 25, 76887 Bad Bergzabern**  
Tel. 06341 / 9552-0 Fax 06341 / 9552-219  
[www.radiologie-landau.de](http://www.radiologie-landau.de)

## Antrag auf Kostenübernahme für eine Kernspintomographie der Prostata 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) zum einfachen Satz berechnet.

Mit freundlichen Grüßen  
Radiologie Landau-SÜW

Kurzlegende/Leistung	GOA-Nr.	Endbetrag in Euro
Beratung	1	4,66
mpMR-Prostatographie ergänzende Serie zu den Ziff. 5700 bis 5730 mit/ohne KM	5720	256,46
Computergestützte Analyse	5731	58,29
KM-Einbringung	5733	46,63
Zweitbefundung/Zweitmeinung	346	17,49
Befundbericht ausführlich	60a	6,99
	75	<u>7,58</u>
<b>Gesamt</b>		<b>398,10</b>
<b>zzgl. Sachkosten</b>		
Kontrastmittel		nach Aufwand
Patientenschlauch		1,30
Porto		0,80

### Von der Krankenkasse auszufüllen:

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für die MRT Untersuchung der Prostata bei u. g. Patientin(en).

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. , PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Krankenkasse