

Weinheim den 30.07.25

CT gesteuerte Schmerztherapie (PRT) in der Radiologie Weinheim für gesetzlich Versicherte Patienten

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
für die erfolgreiche Durchführung einer CT gesteuerten Schmerztherapie in unserer Praxis lesen sie sich bitte folgendes Infoblatt aufmerksam durch. Sollten einer oder mehrere Punkte nicht erfüllt werden, kann ihre Therapie unter Umständen nicht durchgeführt werden.

1. Standort:

Die Behandlung wird ausschließlich am Standort in **Weinheim** angeboten

2. Überweisung:

a) Um eine Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse möglich zu machen benötigen sie einen Überweisungsschein ausgestellt durch einen Arzt oder Ärztin mit der Zusatzbezeichnung „**Schmerztherapie**“.

b) Sollte es für sie nicht möglich sein einen zeitnahen Termin bei einem Schmerztherapeuten zu bekommen, kann die Überweisung auch von einem anderen Arzt erfolgen. Dieser muss jedoch zwingend auf dem Überweisungsschein dokumentieren, dass kein zeitnaher Termin zu bekommen war, z.B mit der Formulierung: „**begrenzte schmerztherapeutische Kapazität**“.

Siehe unten:



Krankenkasse bzw. Kostenträger			Überweisungsschein			06 Quartal	
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
geb. am			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> Geschlecht
Kostenträgerkennung			Überweisung an Radiologie			AU bis	
Versicherten-Nr.			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	
Status			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				
Betriebsstätten-Nr.							
Arzt-Nr.							
Datum							
Diagnose/Verdachtsdiagnose							
Bandscheibenvorfall mit akuter Schmerzsymptomatik							
Befund/Medikation							
Auftrag							
CT gesteuerte PRT erbeten							
b) bei begrenzter schmerztherapeutischer Kapazität							
						a) Schmerztherapeut	
						Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
						Muster 6 (10.2019)	

3. Medikamente:

Sollten sie dauerhaft Medikamente einnehmen bringen sie bitte einen Medikamentenplan mit. **Blutverdünnende Medikamente (Xarelto, Eliquis ..)** sollten **24 h vor der Infiltration abgesetzt werden**. Bitte konsultieren sie hierzu ihren Hausarzt ob das in ihrem Fall möglich ist.

4. Voraufnahmen:

Zur Beurteilung ob eine PRT zielführend ist benötigen sie dringend eine aktuelle **MRT - Untersuchung** der betreffenden Region welche nicht älter als 3 Monate sein sollte. Wurden ihre MRT Untersuchung bei uns durchgeführt brauchen sie nicht weiter tun. Wurde ihre Untersuchung extern durchgeführt benötigen wir eine CD oder QR Code mit den Bildern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Radiologie Weinheim