

**Antrag auf Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung
für eine Untersuchung im offenen MRT Aperto Lucent der Firma Hitachi**

<i>Name:</i>	<i>Vorname:</i>	<i>Geburtsdatum:</i>

<i>Straße, Hausnummer:</i>	<i>Postleitzahl und Ort:</i>

<i>aktuelle Telefonnummer (tagsüber):</i>	<i>Krankenkasse:</i>

<i>Überweisender Arzt:</i>	<i>Überweisungsauftrag (siehe Überweisungsschein)</i>

Ich weiß, dass die kernspintomographische Untersuchung mit dem offenen System APERTO LUCENT keine Regelleistung meiner Krankenkasse ist und nicht auf Überweisungsschein abgerechnet werden kann.

Bitte ankreuzen

- Aufgrund starker Klaustrophobie
- wegen starkem Übergewicht kg
- sonstige Gründe

beantrage ich die Kostenübernahme im offenen Niederfeldsystem Aperto Lucent

**in der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin
Dres. Ohndorf, Schmitz, Manshausen und Gierenz**

für eine MRT Untersuchung des/der
(Körperteil angeben)

Köln, den

Unterschrift: