

Praxis am Studio

Information/ Vereinbarung zur Vergütung- MRT der Prostata

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie sich für eine MRT-Diagnostik der Prostata in unserer Praxis entschieden haben. Leider ist MRT der Prostata nicht Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (Siehe Infoschreiben auf unserer Homepage). Aufgrund rechtlicher Vorgaben der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) ist daher diese Vereinbarung erforderlich.

Vereinbarung zwischen:

Dr. med. André Richter, Praxis am Studio

und

Name, Vorname:,

Strasse:

PLZ/ Ort:

Unsere Leistungen rechnen wir nach der GOÄ wie folgt ab:

Nr. 5720 MRT-Prostata, Faktor 1,8	461,64 EUR
Nr. 5731 ergänzende Serie (Diffusion), Faktor 1,8	104,92 EUR
Nr. 5733 computergestützte Analyse (MIP), Faktor 1,0	46,63 EUR
Nr. 1, Faktor 2,3	10,72 EUR

Zwischensumme ohne Kontrastmittel 623,91 EUR

Bei Kontrastmitteleinbringung (nur wenn medizinisch notwendig):

Nr. 344 i.v. Injektion Kontrastmittel, Faktor 2,3	13,40 EUR
Kosten für Kontrastmittel: 10 ml Gadovist i.v.	115,70 EUR

Summe mit Kontrastmittel 753,01 EUR

**Praxis am Studio –
Radiologie und Neuroradiologie
in Berlin-Adlershof**
Magnetresonanztomographie (MRT)
Computertomographie (CT)

Dr. med. André Richter
FA für Diagnostische Radiologie

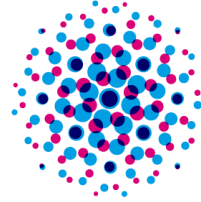
Dr. med. Bernd Reichmuth
FA für Radiologische Diagnostik
FA für Neurologie und Psychiatrie

Wulf Breuel
Facharzt für Radiologie

Albert-Einstein Str. 2
12489 Berlin

Telefon 030.62907010
Fax 030.62907011
kontakt@praxis-amstudio.de
www.praxis-amstudio.de





Information/ Vereinbarung zur Vergütung- MRT der Prostata

1. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass die Leistungen auf Ihren Wunsch erbracht werden.
2. Die Entscheidung zur Verwendung eines Kontrastmittels wird während der Untersuchung nach medizinischen Kriterien getroffen und kann vorher nicht festgelegt werden (Siehe auch Aufklärungsbogen MRT, den Sie vor der MRT erhalten).
3. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Erstattung haben.
4. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

Berlin,

.....
Patient(in)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen - gern sind wir für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. André Richter