

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitgeber Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9	
KFA			X				
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

MR-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 1 Monat,
vom Ausstellungstage an gerechnet, gültig.

ACHTUNG:

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewähr-
leisten, ist das Formular **vollständig in allen Rubriken**
auszufüllen.

MR-UNTERSUCHUNG

Zu untersuchende Region
(möglichst **exakte** Abgrenzung!):

Knie bds.

Familien- oder Nachname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer		
Patient/in		3507	28	12 98
			Tag	Monat Jahr
Luef Sarah				
Anschrift				
Leesdorfer Hauptstr. 30/1, 2500 Baden bei Wien				
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine Angehörige/r ist)				
			Tag	Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)				

Klinische Symptomatik: persistierende Gonalgie bds.

Konkrete Fragestellung: Menisukusrupt?

Bereits erhobene Befunde: Kli, Rö

Kontrastmittelabgabe bei MR-Untersuchung:

☐ nein

☐ ja; wenn ja:

Art des KM: _____

Menge des KM: _____ ml

Besondere Vermerke: _____

Wien, 10.11.2025

Orthopädie Zentrum Wien Süd
Dr. Sahin, Dr. Vigil,
Dr. Güven & Priv. Doz. Dr. Wolf OG
1230 Wien, Porschestra. 29/11
0375920 Tel: 01/310 92 77

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Wien, _____

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

Wien, _____

Stempel und Unterschrift der MR-Einrichtung

MRT am Ring – Fragebogen - ANAMNESE:

Um Komplikationen zu vermeiden, bitten wir Sie die Fragen korrekt auszufüllen.

- Sind oder waren Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer künstlichen Herzklappe oder eines Defibrillators? O Ja O Nein
- Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz oder Kopf durchgeführt? O Ja O Nein
- Bitte geben Sie an, ob und welche metallhaltigen Teile sich in/an Ihrem Körper befinden: O Ja O Nein
 - O Hörapparat
 - O Bypass
 - O Metall-/Granatsplitter
 - O Abflussventil (Shunt-Lagekontrolle)
 - O Ohrimplantat
 - O fixe Zahnimplantate
 - O Künstliche Gelenke
 - O Nägel, Platten, Schrauben
 - O herausnehmbare Zahnprothese
 - O Insulin-/ oder Schmerzpumpe
 - O Gefäßclips, Stents

Implantationsdatum _____
- Tragen Sie **Tattoos** oder **Permanent Make-Up**, **Piercings**? O Ja O Nein
- Leiden Sie unter **Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen)? O Ja O Nein
- Haben Sie derzeit **Beschwerden**? Seit wann? _____ O Ja O Nein
- Haben Sie **Schmerzen**:
 - O bei Bewegung/Belastung
 - O immer/auch in Ruhe
 - O rechts
 - O links
 - O innen
 - O außen
 - O vorne
 - O hinten
- Wie würden Sie die Beschwerden beschreiben?
 - O Kribbeln
 - O Schmerzen
 - O Lähmung
 - O Brennen
 - O taubes Gefühl
- Haben Sie einen Unfall bzw. eine Verletzung gehabt? O Ja O Nein

Wenn ja, wann? _____ Was ist passiert? _____
- Hatten Sie im Untersuchungsbereich eine
 - O Operation
 - O Arthroskopie
 - O Punktion
- Sind bei Ihnen folgende Krankheiten bekannt? O Ja O Nein
 - O Diabetes (Zucker)
 - O Hypertonie (Bluthochdruck)
 - O Nierenerkrankung
- Haben Sie **Allergien**, **Asthma** oder **Medikamentenunverträglichkeiten**? O Ja O Nein
- Für Patientinnen: Könnten sie **schwanger** sein? O Ja O Nein

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe über einen dafür notwendigen Venenzugang zu.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Anmerkung zur Untersuchung/ zum Patient:

Datum _____ Patienten-Unterschrift _____

Assistentin _____

Name in Blockschrift: _____

ÄRZTLICHE PRIVATLEISTUNG

Ich

geb. am

bestätige, dass ich am

eine MRT.....

in Anspruch genommen habe und darüber informiert wurde,
dass es sich hierbei um eine PRIVATLEISTUNG handelt,
welche von den Sozialversicherungen NICHT übernommen wird.

Betrag für eine Region: € 220,--

Alle weiteren Regionen zusätzliche: € 170,--

Wenn ein Kontrastmittel erforderlich ist zusätzlich € 50,--

**Kreatininschnelltest € 10,-- (wenn erforderlich und
kein aktueller Blutbefund vorliegt)**

Sofern die Erklärung von einem Erziehungsberechtigten bzw. sonstigen Vertreter
(z.B. Erwachsenenvertreter, Vorsorgebevollmächtigtem etc.) des Patienten
unterfertigt wird, übernimmt der unterfertigte Vertreter die Haftung als Bürge und
Zahler für sämtliche Forderungen der MRT am Ring aus der gegenständlichen
Privatleistung.

.....
(Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten)