

Frau
Sarah Luef

Leesdorfer Hauptstraße 30/1
2500 Baden

HONORARNOTE

Baden, 03.02.2026
Rechnungsnummer: 198

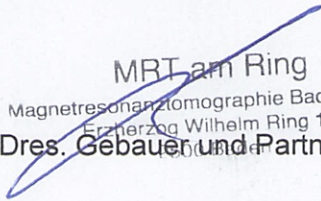
Für die bei Ihnen durchgeführten Untersuchungen

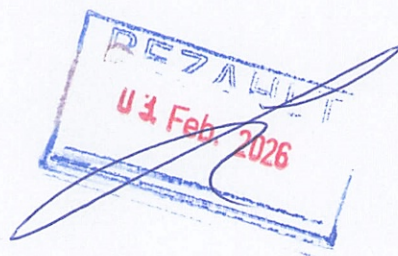
Position	Netto	MWSt.	Brutto
MRT Kniegelenk links	€ 200,00		€ 200,00
MRT Kniegelenk rechts	€ 154,54		€ 154,54
Netto:			€ 354,54
10% MWSt.			€ 35,45
Gesamt:			€ 390,00 =====

Es handelt sich hierbei um eine Privatleistung, welche von den Sozialversicherungen NICHT übernommen wird.

erlaube ich mir, den oben ausgewiesenen Gesamtbetrag in Rechnung zu stellen und bitte um Überweisung auf das Konto der Raiffeisenlandesbank OÖ AG, IBAN: AT33 3400 0000 0724 0336 BIC: RZOOAT2L.

Mit freundlichen Grüßen


MRT am Ring
Magnetresonanztomographie Baden GmbH
Erzherzog Wilhelm Ring 1-3
Dres. Gebauer und Partner OG



MRT am Ring
FN 121470H ATU14261001
Magnetresonanztomographie Baden GmbH
ERZH.-WILHELM-RING 1
2500 BADEN
TEL: (02252) 86 3 30 ODER 88 3 90 FAX: 86 3 30 4
ORD.: MO-FR 07:30-18:00

GKK für		BKK der		Andere Kostenträger		1 Erwerbstätig Arbeitlos Schwerer		5 Pensionist/in		7 Kriegshinter- bliebener		9	
				KFA									
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. Vigl,
Dr. Güven & Priv. Doz. Dr. Wolf OG
1230 Wien, Porschestra. 29/11
0375920 Tel: 01/310 02 77

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Arztin/Ärztin

Wien, _____

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

Wien, _____

MBT am Ring
Magnetresonanztomographie Baden GmbH
Erzherzog Wilhelm Ring 1-3
2500 Baden
Stempel und Unterschrift der MR-Einrichtung