

WAHLARZT

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9	
---------	---------	---------------------	--	---------------------	-----------------------------------	---	--

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 gewährleisten, ist das Formular **vollständig in allen Rubriken** auszufüllen.

MR-UNTERSUCHUNG

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

Familienname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer
Patient/in		Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein Angehöriger ist)		
		Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		

Klinische Symptomatik: _____

Konkrete Fragestellung: _____

Bereits erhobene Befunde: _____

Kontrastmittelabgabe bei MR-Untersuchung:

nein

ja; wenn ja:

Art des KM: _____

Menge des KM: _____ ml

Besondere Vermerke: _____

Wien, _____

Wien, _____

Wien, _____

Stempel und Unterschrift des/der zuweisenden Arztes/Ärztin

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

Stempel und Unterschrift der MR-Einrichtung