



MRT-Check-Up Bauch und Beckenorgane - Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Eine Vorsorgeuntersuchung, die die frühzeitige Erkennung von Krebserkrankungen im Bereich der Organe von Bauch und Becken ermöglichen würde, wird derzeit von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Die Kosten werden hingegen von Trägern der privaten Krankenversicherung in der Regel gedeckt, es empfiehlt sich aber, dies im Einzelfall mit der Versicherung entsprechend abzuklären.

Wir bieten Ihnen eine Vorsorgeuntersuchung sämtlicher Organe im Bauch- und Beckenraum mittels Kernspintomographie (MRT) als individuelle Gesundheitsleistung an. Gegenüber der Ultraschalluntersuchung bietet die MRT eine wesentlich verbesserte Weichteilauflösung und den Vorteil, dass wirklich alle Anteile des Bauchraums überlagerungsfrei eingesehen werden können.

Die MRT hat darüber hinaus aufgrund der verwendeten Magnetfelder keinerlei negativen Auswirkungen auf den menschlichen Körper. Für die vorübergehende Entspannung der Darmbewegung verabreichen wir Ihnen vor der Untersuchung ein Medikament über die Vene, das nur im Fall eines erhöhten Augeninnendrucks (Glaukom) und bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen nicht gegeben werden darf. Während der 25-minütigen Untersuchung werden Sie zur Vermeidung von Bewegungsartefakten gelegentlich aufgefordert, kurzfristig den Atem anzuhalten.

Im Anschluss an die Untersuchung erfolgt eine ausführliche Befundmitteilung und Beratung, falls krankhafte Befunde vorliegen sollten.

Das Honorar der Untersuchung berechnen wir nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) zum einfachen Satz bei Kassenpatienten.

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung

Die o.g. Untersuchung „MR Check-Up der Bauch und Beckenorgane“ wird von mir als Vorsorgeuntersuchung gewünscht.

Zu einer privatärztlichen Rechnungsstellung gebe ich mein Einverständnis, da diese Untersuchung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Mir ist bekannt, dass ich gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Name _____, Vorname _____

Stuttgart, den _____

Unterschrift _____

(Patient)

(Arzt)