

CT / MR-Zuweisung

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionistin	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Zuweisung an:

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer		
Patient/in			Tag	Monat
Anschrift				
Versicherte/r			Tag	Monat
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			Jahr	
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)				
Klinische Symptomatik:				
Konkrete Fragestellung:				

ACHTUNG!

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten, ist das Formular vollständig in allen Rubriken auszufüllen.

CT-UNTERSUCHUNG MR-UNTERSUCHUNG

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Zu untersuchende Region (möglichst exakte Abgrenzung!):

.....

.....

.....

Bereits erhobene Befunde:

.....

.....

.....

_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Zuweisers/der Zuweiserin

Angabe des für die Untersuchung erforderlichen Kontrastmittels:

Besondere Vermerke:

Mengenangabe:

Datum: _____

Datum: _____

.....
Genehmigungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

.....
Stempel und Unterschrift der CT / MR-Einrichtung