

	ÖGK		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 3 Monate,
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	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
			Tag	Monat	Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, 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:

<p>_____</p> <p>Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes</p>	<p>_____</p> <p>Genehmigungsvermerk des Krankenversicherungsträgers</p>	<p>_____</p> <p>Stempel und Unterschrift der MR-Einrichtung</p>
--	---	---