

CT/MR-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 1 Monat, vom Ausstellungstag an gerechnet, gültig!

Zuweisung an:

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) 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:

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!

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 der Krankenkasse

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