|  | ÖGK  |                 | Andere Kosti            | enträger            | 1  | 5 7                                      | 9                  |        |
|--|--|-----------------|-------------------------|---------------------|--|--|--------------------|--------|
|  | J Sok  |                 |                         |                     | Erwerbstätig<br>Arbeitslos Pe<br>Selbstvers. | ensionist/in Kriegshinter-<br>bliebene/r |                    |        |
|  | Bitt   | te den Namen de | s Kostenträgers einsetz | en!                 |  | Bitte zutreffende                        | es Feld bezeichnen | !      |
| MR-Zuweisung  Diese Zuweisung ist 3 Monate, vom Ausstellungstage an gerechnet, gültig.  ACHTUNG: |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Familienname Vorname Patient/in  | leisten, ist das Formular <b>vollständig in allen Rubriken</b> |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Tag Monat Jahr   |  |                 |                         | auszufüllen.        |  |  |                    |        |
|  |  |                 | MR-UNT Zu unters        |                     |  |  |                    |        |
| Anschrift  |  |                 | (möglichs               |                     |  | zung!):                                  |                    |        |
| Versicherte/r (Nurauszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)                           |  |                 | l                       |                     |  |  |                    |        |
|  | Tag  | Monat Jahr      |                         |                     |  |  |                    |        |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)  |  |                 | 1                       |                     |  |  |                    |        |
| Descripting ber (Dienstigeber/in, Dienstert)   |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Klinische Symptomatik:   |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Konkrete Fragestellung:  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Bereits erhobene Befunde:  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         | 1                   |  |  |                    |        |
| Kontrastmittelabgabe bei MR-Untersuchung:  |  |                 |                         | D. J. W. J. J.      |  |  |                    |        |
| □nein  |  |                 |                         | Besondere Vermerke: |  |  |                    |        |
| $\Box$ ja; wenn ja:  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Art des KM:  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Menge des KM: ml   |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Wien,  | Wien,  |                 |                         |                     | Wien, _                                      |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
|  |  |                 |                         |                     |  |  |                    |        |
| Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes                                       | Genehmigun   | ngsvermerk des  | Krankenversicherun      | gsträgers           | Stem   | pel und Untersch                         | rift der MR-Einri  | chtung |

## Vertragseinrichtungen für MR-Untersuchungen in Wien

| <b>Diagnosezentrum Urania</b> 1010 Wien, Laurenzerberg 2,  | Tel.: +431200200                  |
|--|-----------------------------------|
| Diagnosezentrum Favoriten 1100 Wien, Am Hauptbahnhof 2, www.dz10.at  | Tel.: +43 1 602 28 29             |
| Hansson Diagnostik 1100 Wien, Ada-Christen-Gasse 2D, www.hansson-diagnostik.at                               | Tel.: +43 1 688 53 82             |
| Diagnosezentrum Simmering 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101, www.diagnosehaus.at                        | Tel.: +43 1749 7176               |
| Diagnosezentrum Meidling 1120 Wien, Meidlinger Hauptstraße 7-9,  | Tel.: +43 1 813 33 81             |
| Radiologicum Penzing 1140 Wien, Kuefsteingasse 15–19, www.radiologicum1140.wien                              | Tel.: +43 1 982 55 88             |
| Magnetresonanz-Tomographie Hernals  1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 85,                                     | Tel.: +43 1 408 40 80             |
| Diagnosticum Röntgenambulatorium Gersthofer Straße 1180 Wien, Gersthofer Straße 16,                          | Tel.: +43 1 470 86 26             |
| Rudolfinerhaus Institut für bildgebende Diagnostik 1190 Wien, Billrothstraße 78,                             | Tel.: +43 1 360 36-6301           |
| Ambulatorium Döbling 1190 Wien, Heiligenstädter Straße 55–63,  | Tel.: +43 1 360 66-5000           |
| Diagnosezentrum Brigittenau A.o. UnivDoz. Dr. Winkelbauer<br>1200 Wien, Pasettistraße 71-75,<br>www.dzb.at   | Tel.: +43 1 350 26 26             |
| Röntgen Wien Nord Dres. Grampp, Herneth und Partner 1210 Wien, Pastorstraße 2a,                              | Tel.: +43 1 258 41 75             |
| Diagnosezentrum Donaustadt<br>1220 Wien, Donaustadtstraße 1,<br>www.radiologie-wien.at                       | Tel.: +43 1 203 31 26             |
| Diagnosezentrum Stadlau 1220 Wien, Langobardenstraße 103 B,  | Tel.: +4312857700                 |
| MR/CT-Institut Univ.Doz.Dr. Steiner & Dr. Tröstl 1230 Wien, Perchtoldsdorfer Straße 15-19, www.dz-liesing.at | Tel.: +43 1 869 02 08             |
| Gesundheitszentrum Favoriten 1100 Wien, Wienerbergstraße 13,   | Tel.: +43 5 0766-114233           |
| Hanusch-Krankenhaus 1140 Wien, Heinrich Collin-Straße 30, www.hanusch-krankenhaus.at                         | Tel.: +43 1 910 21-86648          |
| Evangelisches Krankenhaus 1180 Wien, Hans-Sachs-Gasse 10-12,   | Tel.: +43 1 404 22-633            |
| Achtung! In Wien ist nur bei den oben genannten Anbietern eine für die Pa<br>Leistung möglich.               | tientin/den Patienten kostenfreie |

Leistung möglich.