Radiologisches Institut Dr. von Essen • Postfach 20 05 41 • 56005 Koblenz

Radiologische Partnerschaft:
Dr. med. Arnd **Gerhards**
Dr. med. Toni **Vomweg**
Dr. med. Peter **Kunz**
Dr. med. Jörg **Aschenbrenner**
Dr. med. Ingo **Kureck**
PD Dr. med. Klaus K. **Gast**
Dr. med. Urs **Elke**
Dr. med. Christian **Mayer**
Dr. med. Jochem **Goecke**
PD Dr. med. Tilman **Bostel**

RADIOLOGIE, NEURORADIOLOGIE, STRAHLENTHERAPIE UND NUKLEARMEDIZIN

Radiologisches Institut Dr. VON ESSEN

Standort Koblenz
Emil-Schüller-Str. 33
56068 Koblenz

Standort Simmern
Gemündener Str. 10
55469 Simmern (Hunsrück)

Standort Neuwied
Willi-Brückner-Straße 1
56564 Neuwied

Telefon
Tel. (02 61) 13 000 - 0
Fax (02 61) 13 000 - 15

info@dr-von-essen.de
www.dr-von-essen.de

Magnetresonanztomographie (MRT)
Computertomographie (CT)
Strahlentherapie
Brustdiagnostik
Mammographie-Screening
Konventionelle Röntgendiagnostik
Neuroradiologie
Nuklearmedizin
Knochendichtemessung
Ultraschalldiagnostik

Sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll im Rahmen des GWQ-Selektivvertrages Ihrer Krankenkasse eine spezialisierte MRT-Untersuchung der Prostata durchgeführt werden (sogenannte multiparametrische MRT der Prostata). Bevor Sie von uns einen Termin für diese Untersuchung erhalten, sind wir verpflichtet zu überprüfen, ob Sie die Einschlusskriterien, die im Vertrag vorgegeben werden, erfüllen. Hierfür benötigen wir zwingend einige Angaben von Ihnen.

Name: _____ Geburtsdatum:_____

Anschrift:_____

Telefonnummer:_____ eMail-Adresse:_____

Name der Krankenkasse:_____

Versicherungsnummer:_____

Sind Sie Mitarbeiter dieser Krankenkasse: ja ☐ nein ☐

1. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit im Rahmen dieses Selektivvertrages bereits eine MRT der Prostata durchgeführt? ja ☐ nein ☐
   (wenn nein, dann weiter bei Frage 2!)
   a. Wenn ja, gestattet Ihre Krankenkasse im Rahmen dieses Vertrages eine weitere MRT der Prostata? ja ☐ nein ☐
      Informationen hierzu unter ***www.mediqx.de***
   b. Wenn ja, wie viele MRT-Untersuchungen wurden bei Ihnen im Rahmen des Selektivvertrages genau durchgeführt? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
   c. Wenn ja, wo wurde die letzte MRT-Untersuchung durchgeführt? (Wenn die Untersuchung in unserem Institut durchgeführt wurde, dann weiter zur Frage 2!)
   d. Wenn ja, wann war die letzte MRT-Untersuchung? _____(genaues Datum!)
   e. Wie hoch war der PSA-Wert bei der letzten MRT-Untersuchung?____
   f. Wie lautete der PIRADS oder PRECISE beim letzten MRT-Befund?
      1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
      (diese Angaben können Sie im Idealfall dem letzten MRT-Befund entnehmen!)

Radiologisches Institut Dr. VON ESSEN Koblenz – Radiologische Partnerschaft – Partnerschaftsregister Nr. 26, Amtsgericht Koblenz

2. Wie hoch ist der aktuelle PSA-Wert?_____
3. Liegt eine schriftliche Bescheinigung Ihrer Urologin/ Ihres Urologen vor (fachurologische Risikoeinschätzung), die eine erneute Teilnahme (MRT der Prostata) unabhängig sonstiger Kriterien für notwendig erachtet?

   ja ☐ nein☐

4. Ist bei Ihnen bereits ein Prostatakarzinom bekannt?

   ja ☐ nein☐

   a. Wenn ja, wie ist der sogenannte Gleason-Score oder die ISUP-Klassifikation?

Wir müssen Sie nochmals darauf hinweisen, dass wir Ihnen ohne diese Angaben keinen Termin für die MRT der Prostata geben können. Die Überweisung zu dieser Untersuchung MUSS von einem Facharzt/Fachärztin für Urologie oder Innere Medizin/Hämatologie und Onkologie kommen

Wenn diese Angaben nicht korrekt sind, kann das dazu führen, dass Sie die Einschlusskriterien des aktuellen Selektivvertrages nicht erfüllen.

Dies kann bedeuten, dass wir die Untersuchung nicht über den Vertrag mit Ihrer Krankenkasse abrechnen können. In diesem Fall müssen wir Ihnen die Kosten der Untersuchung privat in Rechnung stellen (Kosten je nach Menge der Verbrauchsmaterialien wie z.B. Kontrastmittel zwischen 600-800 Euro.)

Für eine korrekte Befundung ist es zwingend erforderlich, dass Sie zu einem MRT-Termin der Prostata die Berichte und Aufnahmen (CD oder QR-Code) der letzten MRT-Untersuchung mitbringen (wenn dies nicht in unserem Institut erfolgte). Im Falle einer bereits zuvor erfolgten Biopsie ist es zwingend erforderlich, dass Sie den Befund der Pathologie/Histologie zu einem MRT-Termin ebenfalls vorlegen.

Ich versichere hiermit, dass die oben aufgeführten Angaben korrekt sind. Mir ist bewusst, dass mir im Falle inkorrekter Angaben die Kosten der Untersuchung privat in Rechnung gestellt werden.

Mit der Unterschrift dokumentiere ich, dass ich mit diesem Vorgehen einverstanden bin.

_____ _____

Datum/ Ort Unterschrift

Radiologisches Institut Dr. VON ESSEN Koblenz – Radiologische Partnerschaft – Partnerschaftsregister Nr. 26, Amtsgericht Koblenz