

Gesuch für Kostenübernahme

Behandelnder (antragstellender) Arzt

Name:	Telefon:
Adresse:	Fax:
	Email:

Patient

Name	Adresse
Vorname	Telefon
Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Geschlecht	

Gewünschte Untersuchung

Medizinische Ausgangslage und Verdachtsdiagnose

<ul style="list-style-type: none">- Status quo- Anamnese- Durchgeführte Tests (z.B. mit inkonklusivem Ergebnis, begründeter Verzicht auf vorgeschaltete Diagnostik)- Fragestellung resp. Arbeitshypothese
--

Einfluss auf medizinisches Prozedere

Mit potentiellen Testergebnissen verbundener Einfluss auf weitere Diagnostik und/oder Therapie.

Wichtigkeit der Untersuchung

Dringlichkeit und potentiell negative Konsequenzen (medizinisch/ wirtschaftlich) einer nicht durchgeführten PET.
--

Ort und Datum

Ort und Datum

Antragssteller Unterschrift

Genehmigende Stelle Unterschrift