



**Radiologie & Nuklearmedizin
am Dreifaltigkeits-Hospital
Klosterstraße 31 59555 Lippstadt**

Gemeinschaftspraxis

Dietrich **Wagner**
Andreas **Mertens**
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
CT 02941 - 66 9 66 - 20 Fax - 22
MRT 02941 - 66 9 66 - 30 Fax - 33
Röntgen 02941 - 66 9 66 - 40 Fax - 44
DSA 02941 - 66 9 66 - 40

Dr. med. Manfred **Haesner**
Katharina **Sukau**
Fachärzte für Nuklearmedizin
Anmeldung 02941 - 66 9 66 - 10 Fax - 11
SPECT 02941 - 66 9 66 - 60

Knochendichtemessung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Knochendichtemessung ist eine ärztliche Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen nur noch im Ausnahmefall erstattet wird.

Nur bei Patienten mit Wirbelbrüchen und bei bereits gesicherter Osteoporose übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für die Untersuchung.
In der Regel muss der Patient die Kosten der Untersuchung selbst tragen.
Wir berechnen die Knochendichtemessung lt. IGeL-Gebühr mit 39,-€.

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Kosten der Untersuchung aufgeklärt worden bin und werde den Betrag nach Erhalt der Rechnung begleichen.

Datum

Unterschrift



**Radiologie & Nuklearmedizin
am Dreifaltigkeits-Hospital
Klosterstraße 31
59555 Lippstadt**

Gemeinschaftspraxis

Dietrich **Wagner**
Andreas **Mertens**
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
CT 02941 - 66 9 66 - 20 Fax - 22
MRT 02941 - 66 9 66 - 30 Fax - 33
Röntgen 02941 - 66 9 66 - 40 Fax - 44
DSA 02941 - 66 9 66 - 40

Dr. med. Manfred **Haesner**
Katharina **Sukau**
Fachärzte für Nuklearmedizin
Anmeldung 02941 - 66 9 66 - 10 Fax - 11
SPECT 02941 - 66 9 66 - 60

Knochendichtemessung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Knochendichtemessung ist eine ärztliche Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen nur noch im Ausnahmefall erstattet wird.

Nur bei Patienten mit Wirbelbrüchen und bei bereits gesicherter Osteoporose übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für die Untersuchung.
In der Regel muss der Patient die Kosten der Untersuchung selbst tragen.
Wir berechnen die Knochendichtemessung lt. IGeL-Gebühr mit 39,-€.

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Kosten der Untersuchung aufgeklärt worden bin und werde den Betrag nach Erhalt der Rechnung begleichen.

Datum

Unterschrift