

Name: \_\_\_\_\_

Die MRI Untersuchung wurde am heutigen Tag für mich  
**als privatärztliche Leistung** durchgeführt.

Untersuchungstarif 330€ pro Region (+60€ Kontrastmittel)

Auf diese privatärztliche Leistung erfolgt von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse  
**KEIN KOSTENERSATZ!**

**Ich wurde in einem persönlichen Gespräch darüber aufgeklärt.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_