



PRIVAT | TERMIN IN 48 H

**DIAGNOSTIC
MRI**

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: _____