|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou – MR | | | |
| Prosíme vypísať 2 X strojom | | | |
| Kód poisťovne: | | | |
| Meno a priezvisko: | | Číslo poistenca: | |
| Bydlisko: | PSČ: | | Tel.: |
| Odosielajúci lekár: | | | |
| Kontakt (tel., mobil, fax, e-mail): | | | |
| Adresa zdrav. zariadenia, PSČ: | | | |
| TERMÍN MR VYŠETRENIA – pac. objednaný na deň: hod.: | | | |
| Termín vyš. oznámiť pacientovi : □ alebo lekárovi: □ | | | |
| Absolútnou kontraindikáciou je implantovaný kardiostimulátor a inzulínová pumpa! K MR vyšetreniu prosíme uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá, cievne svorky, graviditu, atď., ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou vyšetrenia! | | | |
| Alergická anamnéza: | | | |
| Prítomnosť kovových implantátov/cudzích telies a ich **kompatibilita s 3T magnetickým poľom**: | | | |
| Klinická diagnóza: | | Štatistický kód (aj slovom): | |
|  | |  | |
| Požadovaný orgán/ oblasť MR vyšetrenia: | | | |
| Užšia otázka: | | | |
| Epikríza a výsledky predošlých zobrazovacích vyšetrení (CT, AGR, USG, ERCP, NMR, PET, PMG, atď.) vrátane obrazovej dokumentácie: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Pri požiadavke na vyšetrenie muskuloskeletálneho systému prosíme vyplniť aj prílohu žiadanky.  Indikujúci lekár (pečiatka, dátum, podpis a kód lekára): | | | |
|  | |  | |