|  |
| --- |
| 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): |
|  |  |