nemocničná

člen MEDIREX GROUP
všetko pre vaše zdravie

ŽIADOSŤ O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

MR pracovisko, tel.: 034/28 29 810

Pacient	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	
Telefón:	Kód poisťovne:
Klinická diagnóza:	Štatistický kód:
Alergie:	
Odosielajúci lekár	
Meno a priezvisko:	Kód lekára:
Adresa ambulancie:	
Telefón:	Kód poskytovateľa:
História vyšetrení	
Bol už pacient na MR vyšetrení?	☐ áno ☐ nie
Ak áno, kedy a kde?	
V prípade predchádzajúcich CT alebo MR vyšetrení na inom pracovisku je potrebné priniesť alebo zaslať snímkovú dokumentáciu.	
Epikríza	
Opis:	
Orgán/oblasť, ktorá má byť vyšetrená:	
Užšia otázka:	
Termín vyšetrenia	
Termín vyšetrenia oznámiť:	☐ pacientovi ☐ lekárovi
Stanovený termín vyšetrenia je:	
Upozornenia	
Kontraindikácie	Kardiostimulátor je absolútnou kontraindikáciou! Pri prítomnosti kovových implantátov, cievnych svoriek, chlopňových náhrad, gravidity a klaustrofóbie je nevyhnutné vyšetrenie vopred konzultovať!
Podmienky realizácie	Pri vyšetrení MR pečene a MR cholangiografii príde pacient nalačno, posledná konzumácia maximálne 4 hodiny pred vyšetrením.
Žiadajúci	
Dátum požiadavky:	podpis a pečiatka odosielajúceho lekára: