nemocničná

člen MEDIREX GROUP
všetko pre vaše zdravie

ŽIADOSŤ O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

MR pracovisko, tel.: 034/28 29 810,800

PACIENT		
Meno a priezvisko:		Rodné číslo:
Adresa bydliska:		
Telefón:		Kód poisťovne:
Klinická diagnóza:		Štatistický kód:
Alergie:		Kreatinín: µmol/l
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		
Orgán/oblasť, ktorá má byť vyšetrená:		
Užšia otázka:		
Termín vyšetrenia je :		
Termín vyšetrenia oznámiť:	☐ pacientovi ☐ lekárovi	
UPOZORNENIA		
Kontraindikácie	Kardiostimulátor je 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 u ostatných vyšetrení 2 hodiny.	
Dátum požiadavky:		podpis a pečiatka odosielajúceho lekára:

Ďakujeme Vám za zaslanie pacienta a starostlivé vyplnenie žiadanky.