

ŽIADANKA NA MAGNETICKÚ REZONANCIU

Meno a priezvisko:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Poistovňa (kód):	
		Telefonický kontakt pacienta:	
Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav.zariadenia, PSČ):			
Kód lekára/oddelenia:			
Tel. kontakt lekára:		Email: (ak požadujete zaslať nález emailom)	
ID prípadu (DRG):		Dátum vystavenia žiadanky:	
Klinická diagnóza:		Štatistický kód:	
Orgán/oblasť vyšetrenia			
Predchádzajúce MR vyšetrenia (kedy, kde, vyšetrovaná oblasť):		Ide o kontrolné MR vyšetrenie?	
Užšia otázka:			
Epikríza (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predch. vyšetrení):			
Alergická anamnéza:			
Prítomnosť osteosyntetických materiálov, implantátov a ich MRI kompatibilita s 3T systémom:			
*Zodpovedný je lekár indikujúci vyšetrenie!			
Ostatné relatívne kontraindikácie k MRI, klaustrofóbia:			
*Zodpovedný je lekár indikujúci vyšetrenie!			
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l (v prípade renálnej insuficiencie):			
MRI nekompatibilný kardiostimulátor a inzulínová pumpa sú absolútnou kontraindikáciou pre MRI vyšetrenie!			

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:

UPOZORNENIE!

K vyšetreniu žiadame kompletnú zdravotnú dokumentáciu súvisiacu s vyšetrovanou oblasťou + obrazový materiál (len na CD!) s popismi vyšetrení, ak pacient už absolvoval súvisiace MR, CT, RTG, či SONO vyšetrenie.

VYPLŇTE PROSÍM VŠETKY POLIA ŽIADANKY!