|  |  |
| --- | --- |
|  | **Magnetická rezonancia, Horná 62, 974 01 Banská Bystrica** zdravomak.bb@gmail.com, tel.: 048/333 72 00, mobil 0915 207 348 |

**ŽIADANKA NA MAGNETICKÚ REZONANCIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: | Rodné číslo: |
| Bydlisko: | Poisťovňa (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!**