

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, vyšetovaná 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!