

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIU

Dátum vyšetrenia:	Čas vyšetrenia:	
Meno a priezvisko pacienta:	Rodné číslo:	
Bydlisko:	Kód poisťovne:	
Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, oddelenia, telefón):		
Predchádzajúce MR a CT vyšetrenia kedy - kde?		
Ktorý orgán má byť vyšetrený?		
Ktorá otázka má byť pred vyšetrením zodpovedaná?		
Absolútna kontraindikácia vyšetrenia MR je implantovaný kardiostimulátor! Relatívne kontraindikácie: kovové implantáty, kovové svorky, kovové črepiny, intrauterinné teliesko, chlopňové náhrady a pod.		
K vyšetreniu MR žiadame rtg dokumentáciu a chorobopis pacienta !		
Klinická diagnóza (slovom):	Štatistický kód:	
Epikríza a výsledky doterajších vyšetrení:		
Dátum:	Podpis odosielajúceho lekára:	Pečiatka:

