

## Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou

Meno		Priezvisko	
Rodné číslo		Kód poisťovne	
Bydlisko		Tel. číslo	
Pacient je hospitalizovaný		Hmotnosť pacienta v kg	
Odosielať lekár /meno, adresa zdrav. zariadenia, PSČ, telefón/		Kód lekára a kód ambulancie /príp. pečiatka/	
Termín vyšetrenia		Deň a hodina /Čas vyšetrenia je orientačný. Na vyšetrenie treba prísť aspoň 10 min. pred časom objednania./	
Predchádzajúce vyšetrenia CT a MR		Kedy? Kde? /snímkovú dokumentáciu priložiť/	
Požiadavka na anestézu	Áno      Nie	Gravidita	Áno      Nie
Alergia v anamnéze			
<b>Absolútnou kontraindikáciou vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor, inzulínová pumpa! K MR vyšetreniu žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá, cievne svorky, klaustrofóbiu, graviditu, atď, ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou k vyšetreniu!</b>			
Pozn.:			
Orgán / oblasť vyšetrenia			
Klinická otázka, ktorá má byť MR vyšetrením zodpovedaná			
<b>Základná klinická diagnóza /slovne + číselný kód podľa MKCH/ a stručná epikríza:</b>			
<b>Výsledky predchádzajúcich RDG vyšetrení a ďalšie podstatné anamnestické údaje:</b>			
<b>UPOZORNENIE</b> S vyplnenou žiadosťou zašlite chorobopis pacienta a obrazovú dokumentáciu, prípadne kópie nálezov vzťahujúcich sa ku klinickej otázke. <b>K poisťovcom EÚ /E 106, E 120/ priložte prefotený preukaz poistenca. Poistenci EÚ disponujúci EHC kartou majú nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť.</b> Odosielať lekár je zodpovedný za správne vyplnenú žiadosť. Neúplne vyplnenú žiadosť budeme nútení vrátiť späť!			

Dátum:

Pečiatka a podpis odosielať lekára: