



pracovisko **MAGNETICKEJ REZONANCIE**



U 1 . 1 . m á j a 2 0 4 5 T e l e f ó n : 0 5 7 / 7 7 0 6 k l . 5 9 5
Suterén budovy SValZ Fax: 057 / 775 0522
Polikliniky NsP A. Leňa e - m a i l : i n f o @ d i a g n o s t i c u m . s k
0 6 6 0 1 H u m e n n é

Bezbarierový prístup pre imobilných pacientov (aj výťahom) cez vstup na bývalé Rehabilitačné odd. NsP po telefonickom oznámení na t.č.: 0577706 595)

Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou – MR

Prosíme vypísať 2 X strojom
Kód poisťovne:

Meno a priezvisko:

Číslo poistenca:

Bydlisko:

PSC:

Tel.:

Odosielajúci lekár:

Kontakt (tel., mobil, fax, e-mail):

Adresa zdrav. zariadenia, PSC:

TERMÍN MR VYŠETRENIA – pac. objednaný na deň: hod.:

Termín vyš. oznámiť pacientovi : alebo lekárovi:

Absolútnou kontraindikáciou je implantovaný kardiostimulátor a inzulínová pumpa! K MR vyšetreniu prosíme uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá, cievne svorky, graviditu, atď., ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou vyšetrenia !

Tu uveďte prítomnosť kovových cudzích telies a alergickú anamnézu:

Klinická diagnóza:

Štatistický kód (aj slovom):

Požadovaný orgán/ oblasť MR vyšetrenia:

Užšia otázka:

Epikríza a výsledky predošlých zobrazovacích vyšetrení (CT, AGR, USG, ERCP, NMR, PET, PMG, atď) vrátane obrazovej dokumentácie:

Pri požiadavke na vyšetrenie muskuloskeletálneho systému prosíme vyplniť aj prílohu žiadanky.

Indikujúci lekár (pečiatka, dátum, podpis a kód lekára):

Ďakujeme Vám za zaslanie pacienta a starostlivé vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Pre zlepšovanie kvality nášho vyšetrenia je nevyhnutnou potrebou spätná informácia. Preto Vás prosíme, aby ste nás informovali o výsledkoch operácie, histolog. vyšetrení a ďalšom klinickom priebehu pacientov, ktorých sme pre Vás vyšetřovali.

Popis MR vyšetrenia nájdete na druhej strane žiadanky.

Formulár Z 07-1.0.1