

Futurum s. r. o., pracovisko MAGNETICKEJ REZONANCIE,

Fakultná nemocnica, Legionárska 28, Trenín 911-01

Tel. : 032/65 83 080

ŽIADANKA NA MR VYŠETRENIE

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Poisovňa:

Bydlisko pacienta (vrátane PS):

Telefonický kontakt na pacienta:

Hmotnosť pacienta:

Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, PS):

Telefón:

Termín vyšetrenia: Dátum:

Hodina:

Je pacient hospitalizovaný?

Je požiadavka na anestézu?

Gravidita:

Alergia:

Bol už pacient na MR vyšetrení? Kedy? Kde?

Implantovaný kardiostimulátor je absolútnou kontraindikáciou.

Je pacient nositeľom implantátov (svorky, stenty, by-passy, umelé chlopne, biostimulátory, vnútorné elektródy, umelé šošovky, endoprotézy, ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty, IUT, repiny a cudzie telesá?) Ak áno, uveďte ich lokalitu, materiál, dátum implantácie. Za uvedené informácie je zodpovedný odosielajúci lekár!

Ktorý orgán (oblasť) má byť vyšetrený?**Klinická otázka, ktorá má byť zodpovedaná?****Základná klinická diagnóza (slovné + číselný kód) a stručná epikríza:****Výsledky predchádzajúcich RDG vyšetrení a ďalšie podstatné anamnestické údaje:****UPOZORNENIE:** s vyplnenou žiadankou zašlite celú zdravotnú písomnú a obrazovú dokumentáciu vzťahujúcu sa ku klinickej otázke a kartu poistenca.

Kód lekára:

Kód zdrav. zariadenia:

Dátum vystavenia:

Podpis a pečiatka odosielajúceho odborného lekára