

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Odosielajúce pracovisko:		Kód pracoviska:	
Odosielajúci lekár:		Kód lekára:	
Meno a priezvisko pacienta:		Rodné číslo:	
Adresa bydliska:		Číslo ZP:	
Diagnóza:			
Oblasť, ktorá má byť vyšetrená:			
Otázka, ktorá má byť zodpovedaná:			
Alergická anamnéza:			
Epikríza:			

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

.....
Dátum

.....
Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

