

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Dátum vyšetrenia:	Čas vyšetrenia:
Meno a priezvisko pacienta:	Rodné číslo:
Bydlisko:	Kód poisťovne:

Odosielaajúci lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, oddelenia, telefón):

Predchádzajúce MR a CT vyšetrenia kedy - kde?

Ktorý orgán má byť vyšetrený?

Ktorá otázka má byť 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 indikujúceho lekára:	Pečiatka
--------	-----------------------------	----------