

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

■ Meno a priezvisko:

■ Rodné číslo: ■ Číslo poisťovne

■ Bydlisko:

■ Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:
(adresa, oddelenie, lekár, tel.)

■ Diagnóza a číselný kód diagnózy:

■ Objednaný dňa: hod: ■ Dátum vystavenia:

■ **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! Prosíme špecifikujte typ a lokalizáciu:

EPIKRÍZA (popis)

ŽIADAM O VYŠETRENIE (hodiace sa zaškrtnite)

■ Kolenný kĺb ■ Cervikálna chrbtica ■ Chodidlo

■ Ramenný kĺb ■ Thorakálna chrbtica ■ Členok

■ Lakťový kĺb ■ Lumbosakrálna chrbtica ■ Zápästie

■ Bedrový kĺb ■ Upresnite priestory: ■ Horná končatina – prsty

■ Upresnenie: ■ Iné:

PROSÍME INFORMUJTE PACIENTA, ABY SA NA VYŠETRENIE DOSTAVIL VČAS, 10 -15 MINÚT PRED DOHODNUTÝM TERMÍNOM. ĎAKUJEME.

■ Požadujem výsledok (snímky) na CD

■ Žiadame zasláť výsledky na adresu zdrav. zariadenia alebo pacienta

■ Výsledky iných zobrazovacích vyšetrení (RTG, CT, USG) a prípadné vykonané chirurgické zákroky týkajúce sa vyšetrovanej oblasti popíšte na zadnú stranu žiadanky, keď to považujete za potrebné.