

Pracovisko MR skupiny Pro Diagnostic Group a.s.:

WWW.MAGNETICKAREZONANCIA.SK

Dr. Magnet – KRAMÁRE 02/32 661 251	Dr. Magnet – RUŽINOV 02/436 367 16	Medicina NOVÉ ZÁMKY 035/64 08 300	Medicina NZ – LEVICE 036/3211 351
MR Žilina 02/41 70 021 90	MR Poprad 052/4280 060	ProMagnet - PREŠOV 051/756 23 10	ProMagnet – KOŠICE 055/729 7101

Pacient:

Titul, Meno, Priezvisko :	Rodné číslo:
Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto)	
Kontakt: (Telefón, e-mail)	E-mail: Kód ZP

Lekár:

Titul, meno, priezvisko:	Kód lekára: A
Adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Kontakt: (Telefón, e-mail)	Kód zdrav. zariadenia P

Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor, inzulínová pumpa!

Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky – a potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5T alebo 3T prístrojom. Relatívnou kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, nekľud ...

Termín vyšetrenia:

Predchádzajúce MR vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia)	
Termín vyšetrenia:	Termín oznámiť: <input type="checkbox"/> LEKÁROVI <input type="checkbox"/> PACIENTOVI
Uviesť cudzie telesá, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom: (doložiť certifikát výrobcu) :	
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l (v prípade ochorenia obličiek)	Hodnota v norme ? áno nie Potreba sedácie: v prípade klaustrofóbie, malých detí, nekľudných pac.

Špecifikácia vyšetrenia:

Orgán / oblasť vyšetrenia::	
Užšia otázka :	
Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiodiagnostických vyšetrení)	
Klinická diagnóza:	Štatistický kód diagnózy:

ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH.

Dátum vystavenia žiadanky: Pečiatka a podpis odosielaajúceho lekára:

Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska MR.