

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

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	Medicína 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

V prípade, ak má pacient implantovaný kardiostimulátor, je možné pacienta vyšetriť až po písomnom súhlase ošetrujúceho kardiológa. Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaná 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:
Číslo DRG prípadu:	

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.