



ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Pacient :

Meno a priezvisko :

Rodné číslo :

Adresa bydliska:

Číslo poisťovne :

Odosielajúci lekár :

Meno a priezvisko:

Kód lekára :

Adresa ambulancie :

Telefón :

Diagnóza, charakter poškodenia:

Oblasť, ktorá má byť vyšetrená:

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!

Prosíme, informujte pacienta, aby sa na vyšetrenie dostavil včas, 10-15minút pred dohodnutým termínom.

Dátum požiadavky:

Podpis a pečiatka odosielajúceho lekára :

