

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIU

(Pri písomnom vyplňaní prosíme žiadanku vyplniť čitateľne a 2x)

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko :

Poist'ovňa /zaškrtnite/: VŠZP: ZP Dôvera: UNION ZP: EUpacient?- ak áno, štát:

Iná-zahraničná: / ak áno, doložte kópiu EU kartičky poistenia z oboch strán /

Klinická diagnóza /slovom/:

Kód diagnózy pre poisťovňu:

Odosielajúci lekár :

Kód lekára pre poisťovňu:

Názov odosiel.PZS :

Kód PZS pre poisťovňu :

Telef.kontakt na odosielateľa /pre prípadnú konzultáciu/ :

Termín objednania oznámiť na telefón :

Predchádzajúce MR a CT vyšetrenia kedy a kde:

Hodnota kreatinínu:

Ktorý orgán má byť vyšetrený?

Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

K VYŠETRENIU MR ŽIADAME DORUČIŤ RTG DOKUMENTÁCIU A CHOROBOPIS PACIENTA !

Epikríza a výsledky doterajších vyšetrení:

Absolútne kontraindikácie: kovové cudzie telesá intrakraniálne / intraorbitálne z iného než preukázateľne neferomagnetického kovu, inzulínové pumpy (možno dočasne odpojiť pred MR), glukózové monitory.
Relatívne kontraindikácie: kardiostimulátory, neurostimulátory, ostatné kovové implantáty, svorky, črepiny, vnútromaternicové teliesko, chlopňové náhrady a pod. vyžadujú individuálne posúdenie - prosíme priložiť ku žiadanke príslušnú dokumentáciu (napr. špecifikáciu materiálu, certifikát od výrobcu, operačnú správu, prepúšťacu správu atď.).

Dátum:

Pacient objednaný na deň a hodinu:

/ prosíme dodržať termín /

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára