



Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou

Na oddelenie: Rádiológia - Magnetická rezonancia

Meno, priezvisko:
Bydlisko (PSC):
Odosiel. odd:

Rodné číslo:

Id. DRG:
Číslo ZP:
Zamestnanie:

Dátum:

Požadovaný termín vyšetrenia: Hod:
Skutočný termín vyšetrenia Vám bude oznámený.

Krátka anamnéza:

Alergologická anamnéza:

Klinická diagnóza:

Vedľajšia diagnóza:

Vedľajšia diagnóza 2:

Bol už pacient na MR vyšetrení? Kedy, kde, záver:

Ktorá oblasť má byť vyšetrená?

Otázka, ktorá má byť MR vyšetrením zodpovedaná:

Prítomnosť osteosyntetických materiálov, implantátov a ich MRI kompatibilita s 1,5 T systémom:

Zodpovedný je lekár indikujúci vyšetrenie !

Terajšie ochorenie - klinický nález:

Hodnota sérového kreatinínu v $\mu\text{mol/l}$ (v prípade renálnej insuficiencie):

Záver prechádzajúcich rtg vyšetrení (priložiť rtg dokumentáciu):

Predchádzajúce CT vyšetrenie (dátum, pracovisko)

Záver CT vyšetrenia:

Meno ošetrojúceho lekára: