

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

K vyšetření se dostavte 20min před časem objednání. Budova C, přízemí.

MR-číslo žádanky:
Datum a čas žádosti:
Urgentnost:

IČP:
Oddělení:

Příjemní a Jméno:

Rodné číslo:

Bydliště a PSČ:

Číslo pojištěnce:

Telefon na pac.:

Stát:

Kód pojišťovny:

Číselná + Klinická DG:

Váha:
Výška:

Epikríza:

Alergie:

Alergie na kontrastní látky: ANO NE

Žádané vyšetření:

Očekávaný přínos:

Anestezie při vyšetření: ANO NE

Kontraindikace:

Gravidita	ANO	NE
Klaustrofobie	ANO	NE
Kovy v těle	ANO	NE
Svorky v těle	ANO	NE
Kovové střepiny	ANO	NE
Kardiostimulátor	ANO	NE
Kochleární implantát	ANO	NE

K MR vyšetření je nutné doložit související obrazovou dokumentaci CT, MR apod.

Odesílající/indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky. Žádanka s chybně uvedenými a neaktuálními informacemi o pacientovi (DG, kontraindikace, váha, výška) bude důvodem k neprovedení vyšetření magnetickou rezonancí. Hrozí vážné zdravotní poškození pacienta a poškození přístroje. Odesílající/indikující lékař je zodpovědný za poučení pacienta dle následujících pokynů: Vyšetřovaný se dostaví 20min před časem objednání. Obvyklá doba vyšetření je 30min, čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti.

!!! Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací !!!