

ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ



Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa (Ulice, č. p., PSČ, Město)

Telefon (Mobil)

Pojišťovna (Název zdravotní pojišťovny)

Váha (kg)

Požadované vyšetření (slovy)

Důvod vyšetření (stručná epikríza)

Odesílající diagnóza (kód)

V případě nedostatečnosti funkce ledvin uvést stupeň insuficience nebo hladinu kreatininu /eFGR ze dne

Alergické projevy v anamnéze

Adresa odesílajícího zařízení (Ulice, č. p., PSČ, Město)

IČZ

Jméno a příjmení indikujícího lékaře

Telefon (Mobil)

Odesílající (indikující) lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a prosíme o dodržení následujících pokynů:

- pacient se dostaví 15 minut před časem, určeným při objednání k vyšetření
- je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval
- děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od věku 4 let
- vyšetřujeme pouze pacienty, kteří jsou schopni samostatně dýchat

Nedílnou součástí žádanky je vyplněný informovaný souhlas pacienta. Implantovaný kardiostimulátor je absolutní kontraindikací vyšetření!!!

Žádáme o zaslání předchozí dokumentace (MR, CT, UZ apod.) a souvisejících výsledků

JE V TĚLE PACIENTA PŘÍTOMEN KOVOVÝ MATERIÁL (ZAŠKRTNĚTE)

ANO

NE

JE TENTO MATERIÁL MR KOMPATIBILNÍ (ZAŠKRTNĚTE)

ANO

NE

Poznámka: nosnost vyšetřovacího stolu je cca 160 kg, průměr vyšetřovacího tunelu je 70 cm.

.....
Datum

.....
Razítko zařízení a podpis lékaře



Affidea Brno s.r.o. | Magnetická rezonance

Křížíkova 3011/68i, 612 00 Brno – Královo Pole

Tel. recepce: +420 534 008 354, Fax: +420 532 045 520, GSM recepce: +420 725 004 440

e-mail: info@affidea-brno.cz, www.affidea-brno.cz

Restricted © Affidea