



### Žiadanka na vyšetrenie magnetickou rezonanciou

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	Telefón:
Kód poisťovne:	Klinická diagnóza:
Alergie:	Hmotnosť pacienta:
<b>Odosielajúci lekár</b>	
Meno a priezvisko:	Kód lekára:
Adresa ambulancie:	
Telefón:	Kód poskytovateľa:
<b>História vyšetrení</b>	
Bol už pacient na MR vyšetrení?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, kedy a kde?	

Výsledky predchádzajúcich relevantných vyšetrení:

**V prípade predchádzajúcich CT alebo MR vyšetrení na inom pracovisku je potrebné priniesť alebo zaslať obrazovú dokumentáciu.**

### Epikríza

Orgán/oblasť, ktorá má byť vyšetrená:

Užšia otázka:

### Termín vyšetrenia

Termín vyšetrenia oznámiť:

pacientovi  lekárovi

Stanovený termín vyšetrenia je:

Prosíme Vás, aby ste prišli aspoň 15 minút skôr ako je Váš čas vyšetrenia.

### UPOZORNENIA

**Kontraindikácie** - Kardiostimulátor je absolútnou kontraindikáciou! Pri prítomnosti inzulinovej pumpy, kovových implantátov, cievnych svoriek, chlopňových náhrad, gravidity a klaustrofóbie je nevyhnutné vyšetrenie vopred konzultovať!

### Podmienky realizácie

Pri vyšetrení MR pečene a MR cholangiografii príde pacient nalačno, posledná konzumácia maximálne 4 hodiny pred vyšetrením u ostatných vyšetrení 2 hodiny.

**Indikujúci lekár : podpis a pečiatka**

Za správne vypísanú žiadanku zodpovedá odosielajúci lekár. Nedostatočne vyplnená žiadanka nebude akceptovaná. Ďakujeme za pochopenie.