

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Dátum:

Číslo:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Číslo poisťovne:.....

Bydlisko:

Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:
(adresa, oddelenie, lekár)

Tel.:

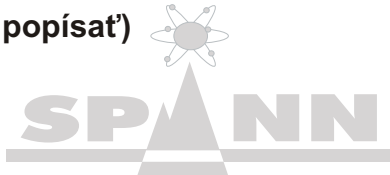
Diagnóza a číselný kód diagnózy

Pacient objednaný dňa:

o.....hod.

Absolútnou kontraindikáciou vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor a inzulínová pumpa!
K MR vyšetreniu žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá,
cievne svorky, graviditu, atď, ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou k vyšetreniu!
Prosíme špecifikujte typ a lokalizáciu:.....

Epikríza: (prosíme, dôkladne popísať)



ŽIADAM O VYŠETRENIE:
(hodiace sa zaškrtnite)

Kód odosielajúceho lekára:

.....

.....
Pečiatka a podpis odosielajúceho
a overujúceho lekára

Ramenný kĺb Ľ P

Lakt'ový kĺb

Zápästie

Bedrový kĺb

Kolenný kĺb

Chodidlo

Členok

Svalová skupina: Aká?

Upresnenie:

Cervikálna chrbtica

Thorakálna chrbtica

Lumbosakrálna chrbtica

Podpisom tejto žiadanky odosielajúci lekár potvrdzuje správnosť uvedených údajov. Žiadanku prosíme vypisovať dvojmo a strojom. UPOZORNENIE: K vyšetreniu žiadame RDG dokumentáciu a chorobopis. Ďakujeme. Požadujem výsledok (snímky) na CD (DICOM FORMAT)

Prípadné vykonané chirurgické zákroky týkajúce sa vyšetrovanej oblasti popíšte na zadnú stranu žiadanky.

Prosím, informujte pacienta, aby sa dostavil 10 minút pred dohodnutým termínom a priniesol si so sebou preukaz poisťenca. V opačnom prípade nebude vyšetrený. Ďakujeme.

Objednávky:
0903 701 341


SPANN
SPINN, s.r.o. Režemberec
**AMBULANCIA
MAGNETICKEJ
REZONANCIE**



Adresa ambulancie:
J. Kačku 4, Likavka

Pondelok-Piatok
8⁰⁰-15⁰⁰