

Nemocnica s poliklinikou Sv. Jakuba, n.o., Bardejov

Sv. Jakuba 21, 085 01 Bardejov

Rádiologické oddelenie – pracovisko magnetickej rezonancie

(Číslo tel. : 054 4788 578, 4788 255)

ŽIADANKA

o vyšetrenie magneticou rezonanciou

(Vypisovať 2 - krát strojom)

Meno a priezvisko : Rodné číslo :

Bydlisko : Číslo poisťovne :

Číslo telefónu pacienta:

Odosielajúci ústav, oddelenie, meno lekára, tel. číslo – klapka :

.....

Termín MR vyšetrenia :

Anamnéza :

Alergická anamnéza :

Terajšie ochorenie – epikríza :

Záver predchádzajúcich RTG vyšetrení :

CT vyšetrenie vykonané dňa : pracovisko :

Meno vyš. lekára :

Záver CT vyšetrenia :

(Upozornenie : K vyšetreniu žiadame doručiť kompletnú CT dokumentáciu)

Klinická diagnóza (MKCH – 10) : Klinická diagnóza slovom :

.....

Bol už pacient na MR vyšetrení? : Uviest' pracovisko a dátum vyšetrenia :

Záver vyšetrenia :

.....

Ktorý orgán (oblasť) má byť vyšetrený (á) :.....

.....

Otázka, ktorá má byť MR vyšetrením zodpovedaná :.....

.....

.....

Uviesť prípadné kontraindikácie MR vyšetrenia : (prítomnosť kovových implantátov a úlomkov, cievnych svoriek, umelých chlopní, klaustrofobiu, graviditu pacientky a iné) :.....

.....

Upozornenie : Implantovaný kardiostimulátor je absolútnou kontraindikáciou k vyšetreniu MR!

Žiadame o presné dodržiavanie termínu a času vyšetrenia!

Dátum :.....

Podpis a pečiatka prednostu, primára oddelenia

Podpis a pečiatka indikujúceho lekára

MR nález :

Dátum :.....