

Žiadanka na vyšetrenie magnetickou rezonanciou **MR**

Údaje pacienta:	Údaje lekára:
Meno: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Priezvisko: Rodné číslo: Adresa: Zamestnanie: Tel.číslo: E-mail: Kód ZP:	Pracovisko odosielajúceho lekára: Adresa: Kód PZS a kód odosielajúceho lekára: Meno lekára: Tel.číslo / E-mail: + Kód PZS a kód garanta: Meno garanta:
Id. DRG: <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> Inf. súhlas <input type="checkbox"/> Samoplatca Kovové implantáty: Hmotnosť / Výška / BMI:	Dátum vystavenia žiadanky: Požadovaný dátum vyšetrenia: Naplánovaný dátum a čas vyšetrenia: (výplňa RDG pracovisko) Poznámka:

POZOR: Termín na žiadanke je požadovaný indikujúcim lekárom, definitívny termín potvrdí RDG pracovisko NB a.s. Výsledky predchádzajúcich CT/MR vyšetrení s obrazovou dokumentáciou na CD/USB je potrebné doniesť na vyš.

Základná diagnóza:

Iné diagnózy:

Typ / rozsah požadovaného vyšetrenia:

Diagnostická otázka:

Epikríza (ochorenia, operácie, absolvovaná konzervatívna liečba, toxicita) - krátka anamnéza:

Alergologická anamnéza:

Krátky súhrn relev. laboratórnych a zobraz. vyšetrení (RTG,USG,CT,MR):

Kreatinín / eGFR :

Terajšie ochorenie - klinický nález:

Ostatné (zvýšený vnútroočný tlak, benígna hyperplázia prostaty, tachyarytmia):

Bol už pacient na MR vyšetrení? Kedy, kde, záver: