



JESSENIUS - diagnostické centrum a.s.,

Pracovisko magnetickej rezonancie / MRI / , Špitálska 6, 950 01 Nitra,

Tel. 037/2850419, 037/2850420, 0911/989901, fax.037/6554656

e-mail: jessenius@jessenius.sk

http://www.jessenius.sk

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIU

(Pri písomnom vyplňaní prosíme žiadanku vyplniť čitateľne a 2x)

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko :

Poisťovňa /zaškrtnite/: VŠZP: ZP Dôvera: UNION ZP: EUpacient?- ak áno, štát:

Iná-zahraničná: / ak áno, doložte kópiu EU kartičky poistenia z oboch strán /

Klinická diagnóza /slovom/:

Kód diagnózy pre poisťovňu:

Odosielajúci lekár :

Kód lekára pre poisťovňu:

Názov odosiel.PZS :

Kód PZS pre poisťovňu :

Telef.kontakt na odosielateľa /pre prípadnú konzultáciu/ :

Termín objednania oznámiť na telefón :

Predchádzajúce MR a CT vyšetrenia kedy a kde:

Hodnota kreatinínu:

Ktorý orgán má byť vyšetrený?

Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

K VYŠETRENIU MRI ŽIADAME DORUČIŤ RTG DOKUMENTÁCIU A CHOROBOPIS PACIENTA !

Epikríza a výsledky doterajších vyšetrení:

IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR JE ABSOLÚTNOU KONTRAINDIKÁCIU NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIU !!!

Relatívne kontraindikácie: kovové implantáty, svorky, črepiny, intrauterinné teliesko, chlopňové náhrady a pod. - požadujeme doručiť špecifikáciu materiálu implantátu

Dátum:

Pacient objednaný na deň a hodinu:

/ prosíme dodržať termín /

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára