


 Radiodiagnostické oddělení
 Vančurova 1548, Kladno 272 59

Objednání tel. 312 606 171

PRŮVODNÍ LIST K VYŠETŘENÍ MR :

PŘÍJMENÍ, JMÉNO		
RODNÉ ČÍSLO		
ADRESA , PSČ:		
TELEFON:		
ČÍSELNÝ KÓD DG.	POJIŠŤOVNA:	HMOTNOST PACIENTA :
POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ (OBLAST) :		
KLINICKÁ DG. + EPIKRISA :		
<p>Prosíme zapůjčit k vyšetření obrazovou dokumentaci dosavadních vyšetření vztahujících se k předmětu MR zobrazení (CT, AG, PMG, SONO - eventuelně MR z jiného pracoviště).</p>		
IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR A KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT JSOU ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACÍ VYŠETŘENÍ !!!		
JE- LI PACIENT NOSITELEM : (PROSÍM SPECIFIKUJTE TYP A LOKALIZACI)		
KOVOVÝCH IMPLANTÁTŮ KOVOVÝCH CÉVNÍCH SVOREK KOVOVÝCH STŘEPIN CHLOPENNÍCH NÁHRAD		
Trpí pacient sníženou funkcí či jinou poruchou ledvin? (Pokud ano, doplňte aktuální hodnoty kreatininu.)		
Je pacient alergický? (specifikujte)		
Je pacientka těhotná?		
Potřeba celkové anestezie při vyšetření?		

Indikující lékař:

Odbornost:

Zdrav. zařízení (adresa, PSČ) :

Telefon, fax:

IČZ:

Razítko a podpis: