F 010 - 2

Oblastní nemocnice Kladno a.s.
Vančurova 1548, 272 59 KLADNO
tel.: 312 606 111 • IČ: 272 56 537

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:

Prosíme zapůjčit k vyšetření obrazovou dokumentaci dosavadních vyšetření vztahujících se k předmětu MR zobrazení (CT, AG, PMG, SONO - eventuelně MR z jiného pracoviště).

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: