



B. Němcové 585/54,
370 01 České Budějovice

Radiologické oddělení

Průvodní list k vyšetření MR

tel.kancelář 387 873 241, tel. MR 387 873 243, 387 873 244

Rodné číslo	Příjmení
Kód pojišťovny	Jméno
PSČ	Adresa
Číselný kód DG:	Hmotnost pacienta:

Klinická diagnóza + epikrisa:

Požadované vyšetření (oblast):

Potřeba celkové anestézie při vyšetření ?

Prosíme zaslat obrazovou dokumentaci dosavadních vyšetření vztahujících se k předmětu MR zobrazení (CT, AG, PMG, UZ, event. MR z jiného pracoviště).

Implantovaný kardiostimulátor, defibrilátor, sluchový implantát a jiná implantovaná MR nekompatibilní elektronická zařízení jsou absolutní kontraindikací MR vyšetření!

Je pacient(ka) nositelem kovů?

fixních zubních rovátek (nutné přinést potvrzení stomatologa o MR kompatibilitě)

prosím specifikujte typ a lokalizaci:

- kovových implantátů
- kovových cévních svorek
- kovových střepin
- chlopenní náhrady
- intrauterinního tělíska
- piersingu

Je pacientka těhotná ?

Ano

Ne

Odesílající zdravotnické zařízení:

Úplná adresa, PSČ

Oddělení:

Telefon:

IČZ

Indikující lékař:

Odbornost

Razítko a podpis: