

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

Implantovaný kardiostimulátor a sluchový implantát jsou absolutní kontraindikací MR vyšetření !

Je pacient(ka) nositelem kovů?

prosím specifikujte typ a lokalizaci:

- kovových implantátů
- kovových cévních svorek
- kovových střepin
- chlopenní náhrady
- intrauterinního tělíška
- piercingu

Je pacientka těhotná ?

Ano

Ne

Odesílající zdravotnické zařízení:

Úplná adresa, PSČ

Oddělení:

Telefon:

IČZ

Indikující lékař:

Odbornost

Razítko a podpis: