

 UNIVERZITNÁ NEMOCNICA BRATISLAVA	Formuláre F/ZIAD - 048		Vydanie č.:	2
	Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou - MR		Zmena č.:	0
			Účinnosť od:	1.3.2018
Prvok normy:	ISO 9001 7.5.1	Strana:	1/1	

Žiadanka o vyšetrenie magnetickou rezonanciou - MR

PACIENT Meno a priezvisko: Bydlisko: Telefonický kontakt: e-mail:	Rodné číslo: Kód zdravotnej poisťovne: ID prípadu (DRG):
ODOSIELAJÚCI LEKÁR Meno a priezvisko: Adresa: Telefonický kontakt: e-mail:	Kód lekára: <div style="text-align: center;">A</div> Kód zdravotníckeho zariadenia: <div style="text-align: center;">P</div>
Objednaný na deň:	hodinu:
Bol už pacient na MR vyšetrení (kedy, kde)?	
Ktorý orgán sa má vyšetriť?	
Ktorá otázka má byť MR vyšetrením zodpovedaná?	
Požiadavka na narkózu:	
Klinická diagnóza (slovom):	Štatistický kód:
Epikríza:	
Alergia na lieky a iné látky:	
Kreatinín v sére: umol/l	
Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor, inzulínová pumpa! K MR vyšetreniu žiadame uviesť prítomnosť implantátov, kovov a úlomkov, svoriek, tetovania, klaustrofóbiu, graviditu. Kompatibilitu je potrebné doložiť certifikátom.:	
K vyšetreniu žiadame kompletnú RDG dokumentáciu a chorobopis!	
Dátum vystavenia žiadanky:	Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: