**Klinika JL-MR, s.r.o.,**

V Hůrkách 1296/10, Praha 5, 158 00

**T:** **725 058 171****; 724 393 121**

**M:** info@KJL-MR.cz

[www.KJL-MR.cz](http://www.KJL-MR.cz)

**PRŮVODNÍ LIST K MR VYŠETŘENÍ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení, jméno:** |  |   |  |  |  |
| **Rodné číslo:** |  |   |  |  |  |
| **Pojišťovna:** |  |  |  |  |  |
| **Telefon na pacienta:** |  |  |  |  |  |
| **Číselný kód dg:** | **Hmotnost pacienta:** |  |  |  |  |
| **Požadované vyšetření (oblast):** |  |  |  |  |
| **Klinická diagnóza + epikrisa:** |  |  |  |  |
| **Problém, který má MR pomoci odhalit:** |  |  |  |  |

***Trpí-li pacient poruchou ledvin či sníženou funkcí ledvin, doložte prosím aktuální hodnoty GF, kreatininu.***

***Doložte prosím aktuální hodnoty GF, kreatininu (a uveďte datum, ze kterého hodnota je):***

***Těhotenství: ANO – NE***

***Alergie v anamnéze: ANO – NE Pokud ANO, tak jaké:***

***Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, svorky z feromagnetických materiálů, střepina v oku. Potvrzuji, že u pacienta se nevyskytuje žádná z výše uvedených kontraindikací.***

***Pacient se dostaví 15 minut před vyšetřením. Odesílající lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta. Bez řádně vyplněné a orazítkované žádanky, nebude pacient vyšetřen.***

***K vyšetření je nutné doložit související obrazovou dokumentaci (CT, MR, RTG, sono zprávu).***

**Indikující lékař, zdravotnické zařízení, adresa:**

**Telefon, Fax: Odbornost: IČZ:**

**Razítko zařízení, podpis lékaře:**