

## PRŮVODNÍ LIST K MR VYŠETŘENÍ:

<b>Příjmení, jméno:</b>	
<b>Rodné číslo:</b>	
<b>Pojišťovna:</b>	
<b>Telefon na pacienta:</b>	
<b>Číselný kód dg:</b>	<b>Hmotnost pacienta:</b>
<b><u>Požadované vyšetření (oblast):</u></b>	
<b>Klinická diagnóza + epikrisa:</b>	
<b><u>Problém, který má MR pomoci odhalit:</u></b>	

***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. Potvrzují, 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 orazítované 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:**