

PRŮVODNÍ LIST K MR VYŠETŘENÍ:

Při pozdním příchodu může být Vaše vyšetření zrušeno. Pokud nastanou nenadálé situace, pro které se nebudete moci dostavit včas na vyšetření, volejte co nejdříve číslo **232 232 300**.

Příjmení, jméno:	
Rodné číslo:	
Pojišťovna:	
Telefon na pacienta:	
Číselný kód dg:	Hmotnost pacienta:
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).	
Požadované vyšetření (oblast):	
Klinická diagnóza + epikrisa:	
Problém, který má MR pomoci odhalit:	
Měl/a pacient/ka někdy v minulosti alergickou reakci? Pokud ano, uveďte podrobnosti:	
Trpí pacient/ka poruchou ledvin či sníženou funkcí ledvin? Doložte k vyšetření aktuální hodnoty GF, kreatininu. Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, svorky z feromagnetických materiálů, střepina v oku. Případně písemně doložte komptabilitu implantátu. Potvrzuji, že u pacienta se nevyskytuje žádná z výše uvedených kontraindikací.	
Podpis a razítko indikující lékaře, razítko zdravotnického zařízení:	
IČZ:	
Odbornost:	
Telefon:	
ePacs / Redimed (zaslání obrazové dokumentace) ANO / NE Pokud ANO, kam:	