

Žádost o ověření MR kompatibility implantátu, specifikace limitů provedení vyšetření na MR přístroji o magnetické síle 3 Tesla

| | |
|--|--|
| Příjmení, jméno pacienta: | |
| Rodné číslo: | |
| Uveďte výrobce: | |
| Uveďte konkrétní typ implantátu: | |
| Lokalizace implantátu: | |
| Datum implantace/operace: | |
| Oblast, kterou budeme zobrazovat na MR: | |

Specifikujte, jaké konkrétní limity stanovil výrobce pro tento druh implantátu při vyšetření magnetickou rezonancí o síle 3 T:

| | |
|----------------------------------|--|
| Maximální doba vyšetření: | |
| SAR: | |
| PNS: | |
| Ostatní limity: | |

Závazně tímto potvrzuji, že výše uvedený implantát není kontraindikací vyšetření na MR přístroji o magnetické indukci 3 T.

Datum:

Podpis a razítko indikující lékaře, který kompatibilitu implantátu ověřil:

Razítko zdravotnického zařízení: