

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Dátum:	Číslo:
Meno a priezvisko:	.....
Rodné číslo:	..... Číslo poisťovne:.....
Bydlisko:	.....
Odosielajúci lekár (zariadenie):	..... Tel.: .....
Diagnóza a číselný kód diagnózy	.....

Absolútnou kontraindikáciou vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor a inzulínová pumpa! K MR vyšetreniu žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá, cievne svorky, graviditu, atď, ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou kvyšetreniu!

Epikríza: (prosíme, dôkladne popísať)



ŽIADAM O VYŠETRENIE: (hodiace sa zaškrtnite)	Ramenný kĺb	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	Cervikálna chrbtica	<input type="checkbox"/>
	Lakťový kĺb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Thorakálna chrbtica	<input type="checkbox"/>
Kód odosielajúceho lekára:	Zápästie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lumbosakrálna chrbtica	<input type="checkbox"/>
	Bedrový kĺb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temporomandibulárny kĺb	<input checked="" type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> P
.....	Kolený kĺb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Upresnenie:	.....
.....	Chodidlo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	Členok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	Svalová skupina:	<input type="checkbox"/> Aká?	.....	.....

Podpisom tejto žiadanky odosielajúci lekár potvrdzuje správnosť uvedených údajov.  
UPOZORNENIE: K vyšetreniu žiadame RDG dokumentáciu a chorobopis.  
Nedostatočne vyplnená žiadanka je dôvodom na odmietnutie vyšetrenie. Ďakujeme.

Pečiatka a podpis odosielajúceho a overujúceho lekára

Podpisom tejto žiadanky odosielajúci lekár potvrdzuje správnosť uvedených údajov.  
UPOZORNENIE: K vyšetreniu žiadame RDG dokumentáciu a chorobopis.  
Nedostatočne vyplnená žiadanka je dôvodom na odmietnutie vyšetrenie. Ďakujeme.

Žiadam o výsledok (snímky) na CD (DICOM FORMAT)

Prípadné vykonané chirurgické zákroky týkajúce sa vyšetrovanej oblasti popíšte na zadnú stranu žiadanky.

Prosíme, informujte pacienta, aby sa dostavil 10 minút pred dohodnutým termínom a priniesol si so sebou preukaz poisťenca. V opačnom prípade nebude vyšetrený. Ďakujeme.



Plavisko 7, Ružomberok (pri starej Bille)  
**MAGNETICKÁ REZONANCIA**  
OBJEDNÁVKY:  
**0905 468 461**

**LEKÁRSKA KOZMETIKA ☎ 0918 385 744**

CELOTELOVÝ DIGITÁLNY DERMATOSKOP • SKINBOOSTER • TRVALÁ LASEROVÁ EPILÁCIA  
KYSELINA HYALURÓNOVÁ • BOTULOTOXÍN • LASEROVÉ ODSTRÁNENIE KOŽNÝCH ÚTVAROV