

Dr. Magnet – KRAMÁRE 02/32 661 251	Dr. Magnet – RUŽINOVSKÁ NEMOCNICA 02/436 367 16	Dr. Magnet – RUŽINOVSKÁ POLIKLINIKA 02/32 111 162	Medicina NZ – LEVICE 036/3211 351
MR Žilina 041/ 70 021 90	MR Poprad 052/4280 060	ProMagnet – PREŠOV 051/756 23 10	ProMagnet – KOŠICE 055/729 7101
			Medicina NOVÉ ZÁMKY 035/64 08 300

## Pacient:

Titul, Meno, Priezvisko :	Rodné číslo
Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto)	
Kontakt: (telefón, e-mail)	Kód ZP

## Lekár:

Titul, meno, priezvisko:	Kód lekára:	A
Adresa zdravotníckeho zariadenia:		
Kontakt: (telefón, e-mail)	Kód zdrav. zariadenia (začína N,O,P,R,S alebo U)	

V prípade, ak má pacient implantovaný kardiostimulátor, je možné pacienta vyšetriť až po konzultácii ošetrojúceho kardiológa. Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaná inzulínová pumpa! Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky – a písomne potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5T alebo 3T prístrojom. Relatívnu kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, nekľud ...

## MR vyšetrenie:

<b>Predchádzajúce MR vyšetrenia:</b> (kde, kedy, orgán vyšetrenia)			
Termín vyšetrenia:	Termín oznámiť:	<input type="checkbox"/> LEKÁROVI	<input type="checkbox"/> PACIENTOVI
<b>Uviesť cudzie telesá, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom:</b> ( písomné vyjadrenie o kompatibilite ) :			
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l	Hodnota v norme ?	áno	nie
		<b>Alergická anamnéza</b> uviesť alergén a typ reakcie	

## Špecifikácia MR vyšetrenia:

<b>Orgán / oblasť vyšetrenia:</b>	<b>Panva a MR vyšetrenie rekta</b>
<b>Užšia otázka :</b>	
<b>Epikríza:</b> (ochorenia, operácie, výsledky predchádzajúcich zobrazovacích vyšetrení) - <b>MR, CT, US , PET , histologické nálezy</b>	
indikácia a klinické vyšetrenie :	
endoskopické vyšetrenie / <b>doložiť kompletný endoskopický nálež</b> /:	
histologické vyšetrenie / <b>doložiť kompletný histologický nálež</b> /:	
operácie /operácie a terapeutické výkony v dutine brušnej a v oblasti panvy - typ, časové údaje, <b>doložiť operačné nálezy</b> /:	
terapia / typ a časové údaje liečby ochorenia orgánov malej panvy /:	
kontraindikácie iv podania kontrastnej látky a spazmolytika:	
iné klinické údaje:	
Klinická diagnóza:	Štatistický kód diagnózy:
Číslo DRG prípadu:	

## ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH

Dátum vystavenia žiadanky: ..... Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: .....