

**ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU (MR)**  
(vypisovať 2x strojom)

Oddelenie rádiodiagnostiky a zobrazovacích metód  
pracovisko magnetickej rezonancie - MR (**Rastislavova 43, III. pavilón**), tel. č.: +421(0)55/615 2802

---

Meno a priezvisko pacienta: ..... Tel. kontakt: .....

Rodné číslo: ...../..... Zdravotná poisťovňa – kód : .....

Bydlisko: .....

Klin. dg. (kód): ..... Klin. dg. (slovom): .....

Odosielajúci: .....

..... Tel. kontakt: .....

**Termín MR vyšetrenia:** ..... **hod:** .....

**Ktorý orgán (oblasť) má byť vyšetrený (á):**

**Otázka, ktorá má byť MR vyšetrením zodpovedaná:**

**Alergická anamnéza:**

**Obličkové parametre ( funkčné, renálna insuficiencia, hladina sérového kreatinínu, močoviny):**

**Anamnéza, terajšie ochorenie – epikríza, záver vyšetrení : RTG, USG,CT, MR,**

**Pacient je mobilný – imobilný (nehodiace sa preškrtnite)**

**UPOZORNENIE!!!**

**UVEĎTE PRÍPADNÉ KONTRAIDIKÁCIE MR VYŠETRENIA: prítomnosť kovových implantátov a úlomkov, cievnych svoriek, umelých chlopní, elektród, graviditu pacientky a pod. ....**

**POTVRĎTE MR KOMPATIBILITU PRÍPADNÝCH IMPLANTÁTOV.....**

**IMPLANTOVANÝ MR NEKOMPATIBILNÝ KARDIOSTIMULÁTOR A DEFIBRILÁTOR JE ABSOLÚTNOU KONTRAINDIKÁCIU K VYŠETRENIU MAGNETICKOU REZONANCIU!**

---

Dátum:

.....  
podpis a pečiatka primára  
zástupcu prednostu primára

.....  
podpis a pečiatka  
indikujúceho lekára

---

**MR nález:**

**Dátum a čas:**

.....  
pečiatka a podpis lekára

---

Žiadame o presné dodržiavanie termínu a času vyšetrenia!