

ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ

Jméno, příjmení: R. Č.:

Adresa:

Telefon: Pojišťovna: Váha: kg

Požadované vyšetření (slovy):

Odesílající diagnóza – kód:

Důvod vyšetření, stručná epikríza:

Alergické projevy v anamnéze:

Razítko a adresa odesílajícího zařízení:

Jméno indikujícího lékaře: IČZ:

Telefon (mobil):

Odesílající (indikující) lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:

- pacient se dostaví 15 minut před časem, určeným při objednání k vyšetření
- obvyklá doba vyšetření je 30–45 minut
- je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu
- děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od věku 4 let
- vyšetřujeme pouze pacienty, kteří jsou schopni samostatně dýchat

**NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ ŽÁDANKY JE VYPLNĚNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA
IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR JE ABSOLUTNÍ KONTRAIKACÍ VYŠETŘENÍ!**

Žádáme o zaslání předchozí dokumentace (MR, CT, UZ apod.) a souvisejících výsledků

.....
Datum

.....
Razítko zařízení a podpis lékaře

Poznámka: nosnost vyšetřovacího stolu je cca 145kg, průměr vyšetřovacího tunelu je 60cm.