**□ MR** Termín vyšetrenia:

 ID DRG:

**Pacient** (meno a priezvisko, titul) : Rodné číslo: Číslo ZP:

Bydlisko (PČS):

**Odosielajúci lekár**( meno a priezvisko, titul):

Adresa pracoviska, tel. č. :

Kód odosielajúceho lekára:

Kód odosielajúceho poskytovateľa/ pracoviska:

**V prípade, ak má pacient implantovaný kardiostimulátor, je možné pacienta vyšetriť až po písomnom súhlase ošetrujúceho kardiológa. Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaná inzulínová pumpa! Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky – a potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5T alebo 3T prístrojom.**

**Požadované vyšetrenie – orgán, oblasť:**

**Klinická diagnóza:**  **Kód dg. (MKCH):**

**Laboratórne nálezy: Urea v sére: Kreatinín v sére:**

**Terajšie ochorenie – epikríza** (krátka anamnéza, výsledky laboratórnych vyšetrení, dátum úrazu, užšia otázka, ktorá má byť zodpovedaná a pod.):

**Predchádzajúce vyšetrenia** ( kedy, kde, závery):

**UPOZORNENIA:**

K vyšetreniu žiadame doručiť/prepožičať kompletnú dokumentáciu z predchádzajúcich vyšetrení, ak boli vykonané a majú vzťah k predmetu zobrazenia!

**Na MR vyšetrenie prichádza pacient 2 hodiny nalačno. Kontraindikácie k vyšetreniu: GRAVIDITA, ALERGIA NA PARAMAGNETICKÉ KONTRASTNÉ LÁTKY !!! Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta (vrátane poučenia o danom vyšetrení).**

Dátum: ............................................................

 Podpis a pečiatka lekára