



**Diagnostic net, s.r.o.**  
Pracovisko magnetickej rezonancie,  
Banisko 273/1, 977 01 Brezno  
Tel.: 0482820255, e-mail: [mr@nspbr.sk](mailto:mr@nspbr.sk)

## ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

### Pacient

Priezvisko a meno		Rodné číslo	
Bydlisko: Ulica (č. d.)		Mesto, PSČ	
Kontakt (telefón, e-mail)		Kód ZP	

### Lekár

Titul, meno, priezvisko		Kód lekára	A
Adresa ZZ			
Kontakt (telefón, e-mail)		Kód ZZ	P

**V prípade, ak má pacient implantovaný kardiostimulátor, je možné pacienta vyšetriť až po písomnom súhlase ošetrojúceho 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 0,55T prístrojom. Relatívnou kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, nekľud...“**

**NA VYŠETRENIE JE NUTNÉ PRINIESŤ RDG OBRAZOVÚ DOKUMENTÁCIU (CD) S NÁLEZMI SÚVISIACIMI S POŽADOVANÝM MR VYŠETRENÍM.**

### Termín vyšetrenia

Predchádzajúce MR vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia)	
<b>Dátum a čas vyšetrenia</b>	
Uviest' cudzie telesá, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom: (doložiť certifikát výrobcu) :	
<b>Alergie</b>	

### Špecifikácia vyšetrenia

Orgán/oblasť vyšetrenia			
Užšia otázka			
Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiodiagnostických vyšetrení)			
Klinická diagnóza		Štatistický kód diagnózy	
Číslo DRG prípadu			

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

Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska MR.