

## Žádanka na vyšetření MR

Objednán termín	den:	hodina:
-----------------	------	---------

Jméno, Příjmení:	R.Č.:	
Adresa:		
Telefon:	Pojišťovna:	Váha:

<b>Požadované vyšetření:</b>		
Odesílající diagnóza – kód:		
Důvod vyšetření, stručná epikríza:		
<b>Kovové implantáty</b>	ne <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ano	typ	doba implantace
<b>Alergie</b>	ne <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ano	léky	ostatní

<b>Adresa</b> odesílajícího zařízení:	
Jméno indikujícího lékaře:	IČZ:
Telefon (mobil):	
e-mail:	

**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
- žádáme o zaslání předchozí obrazové dokumentace (MR, CT, UZ, RTG apod.) a souvisejících výsledků

**NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ ŽÁDANKY JE VYPLNĚNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

**IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR JE ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACÍ VYŠETŘENÍ!**

Datum:

Razítko a podpis lékaře