



Masarykův onkologický ústav

Žlutý kopec 7, 656 53 Brno

Radiologické oddělení tel.: 5 4313 6010, fax: 5 4313 6043, mail: rdg@mou.cz,

www.mou.cz (pro odborníky, MR-magnetická rezonance)

Pojišťovna: Požaduje IČP: Datum žádosti:
díl A Odbornost:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ - MR

Pacient:

Č. pojištěnce:

Variabilní symbol:

Bydliště:

Základní diagnóza:

Ost. dg:

Kód náhrady:

Telefon:

Vyšetření objednáno na den:

hodina: :

Požadované vyšetření :

Důvod požadavku, event. užší otázka:

IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR JE ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACÍ VYŠETŘENÍ !!!

Vyšetření dětí mladších 10 let domluvte předem přímo s námi !

POKUD JE NEMOCNÝ NOSITELEM:

- chlopenní náhrady
- kovových střepeň, úlomků
- kovových cévních svorek
- kovových implantátů
- nemocná je těhotná
- intrauterinního tělíška
- nemocný je alergický (pouze závažné alergie)

JE NUTNO S NÁMI PŘEDEM KONZULTOVAT.

Poslední obdobné vyšetření: kdy:
provedený výkon:

kde:

Zapůjčená obrazová dokumentace *: NE RTG film CD-ROM jiná

Pokud bylo provedeno CT či MR, přineste si prosím dokumentaci s sebou, nejlépe v elektronické podobě.

Alergie:

Hmotnost: kg Výška: cm Diabetik *: ANO NE

Aplikační vstup (pro event. kontrastní látku)**: i.v. flexila CŽK
 Hickmann katetr Port i.v

Zadejte, jakým způsobem Vám máme poskytnout výsledek vyšetření:

(výsledky jsou k dispozici nejdříve za 24 hodin po vyšetření, nejpozději za 72 hodin po vyšetření)

výsledek zůstává k osobnímu vyzvednutí na Evidenci RDG odd. MOÚ

výsledek zaslat poštou na adresu indikujícího lékaře

výsledek zaslat faxem na číslo faxu indikujícího lékaře

chci obrazovou MR dokumentaci k výsledku (pouze CD): poštou

k osobnímu vyzvednutí

*Označte jednu z uvedených možností

razítko a podpis požadujícího

** U ambulantního vyšetření neoznačujte