



Dg. s.r.o. – Diagnostické centrum

Samostatné zariadenie SValZ v odbore rádiológia

Dobšinského 192/30, 979 01 Rimavská Sobota, tel. 047/5633456, fax 047/5631151

ŽIADANKA o vyšetrenie magnetickou rezonanciou

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Kód zdravotnej poisťovne

Bydlisko

tel.

Ktorý orgán má byť vyšetrený

Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná

Epikríza a výsledky doterajších vyšetrení

Klinická diagnóza

Uviesť kontraindikácie MR vyšetrenia (prítomnosť kovových implantátov, cievnych svoriek, umelých chlopní, klaustrofóbiu a iné)

!!! Absolútnou kontraindikáciou k vyšetreniu MR je implantovaný kardiostimulátor

Dátum

Podpis a pečiatka odosielajúceho lekára

