

MR OBJEDNÁNÍ:		Datum:	Hodina:
 Klinika Dr. Pírka Na Celně 885 293 01 Mladá Boleslav Tel: 326 375 469		Objednávky na MR vyšetření Tel: 326 375 470 E-mail: mr@drpirek.cz Vedoucí oddělení: MUDr. Zuzana Ryznarová, Ph.D.	
ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MR			
Čitelně vyplní indikující lékař			
Jméno a příjmení pacienta:		místo pro štítek	
Rodné číslo:			
Adresa pacienta:		Razítko odesílající oddělení:	
Telefon:		Indikující lékař:	
Kód pojišťovny:		Telefon indikujícího lékaře/oddělení:	
Klinická diagnóza:			
Klinická diagnóza slovy:			
Stručná epikríza:		Hmotnost pacienta (kg):	
		Výška pacienta (cm):	
Požadované vyšetření (oblast):			
Očekávaný přínos MR:			
Výsledky předchozího vyšetření (UZ, RTG, laboratorní testy, CT, předchozí operační zákroky):			
PACIENT S IMPLANTOVANÝM KARDIOSTIMULÁTOREM JE ZCELA VYLOUČEN Z VYŠETŘENÍ MR NA NAŠEM PRACOVÍŠTI!			
Renální insuficience:		☐ NE ☐ ANO – specifikujte:	
Pokud je nemocný nositelem cizího tělesa níže uvedených skupin – specifikujte!			
Možnost provedení vyšetření MR konzultujte s personálem MR.			
☐ KARDIOSTIMULÁTOR		☐ KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	
☐ CHLOPENNÍ NÁHRADY		☐ CEVNÍ SVORKA, KOVOVÁ STŘEPINA V OBL. HLAVY	
☐ NEMOCNÝ JE ALERGICKÝ – specifikujte:			
Nález zaslat:		☐ poštou ☐ elektronicky ☐ osobně	
Zaslat e-PACSEM (název pracoviště):			
Indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a základní poučení pacienta před vyšetřením MR			
Datum:		Podpis indikujícího lékaře	
Upozornění: neúplně vyplněné žádanky nebudou akceptovány! V případě nejasností ze strany pacienta nebo lékaře se telefonicky obraťte na číslo 326 375 470. V případě, že se pacient nedostaví na vyšetření bez předchozí domluvy, nebudeme schopni, vzhledem k časové a finanční náročnosti vyšetření, zajistit časný náhradní termín. Děkujeme za pochopení!			