

MAGÁNFINANSZÍROZOTT MR VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Páciens adatai:

Név: _____

Születési dátum: _____

TAJ: _____

Telefon: _____

Beutaló Intézet / Orvos adatai:

Beküldő Magán Intézet: _____

Beküldő Orvos (név/pecsét) _____

Vizsgálandó régió(k):

Kért MR vizsgálat / protokoll*:

Vizsgálat indoka és a klinikusi kérdés, amire a vizsgálattal választ vár:

Rövid kórtörténeti összefoglaló / Anamnézis**:

Implantátumok***:

(milyen implantátum / mikor ültették be?)

* Kontrasztanyag vizsgálat esetén 1 hónapon belüli vesefunkciós labort kérünk!

** Magánorvosi ambuláns lapot/kapcsolódó előzményeket kérnénk magával hozni az MR vizsgálatra!

*** Implantátumról szóló dokumentációit kérjük hozza magával az MR vizsgálatra, illetve előzetesen küldje el a medicopus.diagnosztika@sic.medicopus.hu email címünkre!

Kiállítás dátuma: _____

MED/D- 08

Kiadás:1