



MR vizsgálatkérő lap

Vizsgálat időpontja:

Beteg neve:		Születési idő:																	
Anyja neve:		TAJ:																	
Lakhely:																			
Értesítési telefonszám:																			
A beutaló OEP kódja:																		Térítési kategória:	
Beutaló osztály/szakrendelő megnevezése:																			
Ellátás tényét igazoló sorszám (naplószám):																			
Beutaló osztály/szakrendelő pecsétje:																			Ph.
Orvos neve, pecsétje:																			
Kért vizsgálat:	Agykoponya		Sella																
	Orbita		Belső fül																
	Arckoponya		Gerinc																
	Nyaki lágyrész		Mellkas																
	Has (máj, vese, MRCP,)		Kismedence																
	Szív		Emlő																
	Angiographia		Ízület:																
	Lágyrész		Egyéb:																
Beutaló dg.:			BNO:																
Alapbetegség:			BNO:																
Megjegyzések:	Beépített protézis, művégtag		Szívrítmus szabályozó, műbillentyű																
	Agyi- vagy aneurysma klip		Beépített hallásjavító, műszem																
	Altatás szükséges		Eszméletlen, nem mozgatható																
	Szív-, vese-, cukorbeteg		Egyéb fém a szervezetben:																
	Terhes, szoptat		MR kontrasztanyag allergia																

Korábbi vizsgálatának leletét, képanyagát kérjük eljuttatni! A vizsgálatkérés indoklása:

A beteg a vizsgálat jellegéről és annak okáról kezelőorvosától felvilágosításban részesült, amennyiben szükséges, kontrasztanyag adásába beleegyezik. Érvényben lévő finanszírozási rendeletekkel a vizsgálatkérés és annak időpontja nem ütközik.

dátum

beteg

orvos aláírás, pecsét