



Manuális vizsgálatkérő lap MR

Beteg neve:..... Születési idő:.....
 Anyja neve:..... TAJ:.....
 Lakóhely: [].....
 Értesítési telefonszám:.....
 Beutaló OEP kódja:..... Térítési kategória:
 Beutaló osztály/szakrendelő megnevezése:.....
 Ellátást tényét igazoló sorszám (naplósorszám):.....
 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:
Beutaló diagnózis:	Lágyrész	Egyéb:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Alapbetegség:		BNO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
		BNO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Megjegyzések:

	Beépített protézis, művégtag	Szívritmus 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/törvényes képviselő

orvos aláírás, pecsét