



ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ

Vyplněnou žádanku odešlete na: **zadanky@ptc.cz** a obratem Vám sdělíme termín vyšetření.
Originál s razítkem a podpisem lékaře donese klient s sebou na vyšetření.

Datum objednání:

Hodina:

Vyplní odesílající léka :

P íjmení a jméno pacienta:		Alergie:	
Rodné íslo:		Projevy alergie:	
Adresa:		DM: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Kontaktní telefon:			
Pojiš ovna:	Základní dg.:	Kód dg.:	T hotenství: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Výška:	Váha:	Imobilita: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Odesílající léka :		Odesílající zdravotnické za ízení:	
Kontaktní telefon:		I Z odesílajícího:	

Požadovaný typ vyšetření:

Sp chá: ANO NE

Orgán či oblast, která má být vyšetřena:

- Mozek
- Hypofýza
- Pyramidy a mostomozečkový kout
- Orbity
- C páteř
- Th páteř
- LS páteř
- Kolenní kloub
- Ramenní kloub
- Jiný kloub

Břicho (bližší specifikace):

- MR angiografie intrakraniálních tepen
- MR angiografie karotid
- MR angiografie dolních končetin

Hodnoty:	Kreatinin:	Urea:
-----------------	-------------------	--------------