



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, pecsét száma:.....

Kért vizsgálat:

☐	Agykoponya	☐	Sella
☐	Orbita	☐	Belső fül
☐	Arckoponya	☐	Gerinc
☐	Nyaki lágyrész	☐	Mellkas
☐	Has (máj, vese, MRCP,)	☐	Kismedence
☐	Szív	☐	Emlő
☐	Angiographia	☐	Ízület:
☐	Lágyrész	☐	Egyéb:

Beutaló diagnózis:

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 ndoklása:.....
.....

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 aláírása

.....
orvos aláírás, pecsét