

Klinika JL-MR, s.r.o.,
V Hůrkách 1296/10, Praha 5, 158 00
Tel.: 725 058 171
Mail: objednavky@klinikajl-mr.cz
www.klinikajl-mr.cz



Žádost o ověření MR kompatibility implantátu a zároveň vyjádření se, o limitech provedení vyšetření na MR přístroji o magnetické síle 3 Tesla.

Jméno pacienta: _____

Rodné číslo: _____

Uveďte výrobce a konkrétní typ implantátu:

Lokalizace implantátu:

Datum implantace/operace:

Oblast, kterou budeme zobrazovat na MR:

Specifikujte, jaké konkrétní limity (doba vyšetření, SAR, PNS apod.) stanovil výrobce pro tento druh implantátu při vyšetření magnetickou rezonancí o síle 3 Tesla:

Závazně tímto potvrzuji, že výše uvedený implantát není kontraindikací vyšetření na MR přístroji o magnetické indukci 3 Tesla.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Razítko zdravotnického zařízení: