

OŚWIADCZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data ur:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Numer tel: _____

Adres:

SKIEROWANIE DO

Zakład Radiologii
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7,
Budynek nr 5, Gdańsk ul Dębinki 7, Budynek CMI, Gdańsk ul. Smoluchowskiego 17
Rejestracja: (58) 727 05 05

BADANIE:

MRI.....

**Każde skierowanie na badanie rezonansu magnetycznego u pacjenta z implantowanym stymulatorem / kardiowerterem-defibrylatorem jest analizowane indywidualnie.
O akceptacji skierowania pacjent zostanie poinformowany telefonicznie.**

JAKIE BADANIA OBRAZOWE BYŁY DO TEJ PORY WYKONANE?

.....
.....
.....

JAKIE BADANIE MOŻNA WYKONAĆ ZAMIAST REZONANSU MAGNETYCZNEGO?

.....
.....
.....

Przed kwalifikacją do badania rezonansu, należy dostarczyć wypełniony powyżej formularz oraz:

1. Formularz dotyczący implantowanego stymulatora/kardiowertera wypełniony przez lekarza kontrolującego implantowane urządzenie.
2. Skierowanie na badanie rezonansu magnetycznego.

LEKARZ KIERUJĄCY NA BADANIE

.....
(pieczętka i podpis)

.....
(numer telefonu kontaktowego)