Nemocnice Trutnov

Žádost o ověření MR kompatibility implantátu a zároveň vyjádření se, o možnosti provedení vyšetření na MR přístroji.

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

Výrobce a konkrétní typ implantátu, jeho lokalizace a datum operace:

Závazně tímto potvrzujeme, že výše uvedený implantát není kontraindikací vyšetření na MR přístroji.

Datum:

Podpis lékaře:

Razítko zdravotnického zařízení: