



Klinika dla Małych Zwierząt
WĄSIATYCZE

KLINIKA DLA MAŁYCH ZWIERZĄT WĄSIATYCZ SP. Z O.O.

61-689 Poznań, ul. Księcia Mieszka I 18
telefon: +48 61 823 09 97 e-mail: recepcja@klinwet.pl
NIP 972 129 62 19 REGON 381780563 KRS 0001090618

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM MR

miejsowość

data

**KIERUJĄCY
LEKARZ WETERYNARII ***

imię i nazwisko

pieczętka lekarza weterynarii

telefon *

e-mail *

określenie najlepszego czasu i sposobu kontaktu *

DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *

DANE OPIEKUNA *

imię		pleć **	♀ <input type="checkbox"/>	♂ <input type="checkbox"/>	imię i nazwisko	
data urodzenia lub wiek		waga			adres	
gatunek		po kastracji (sterylizacji) **	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	telefon	
rasa		chip/implanty **	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	e-mail	

WSKAZANIA DO BADANIA NA PODSTAWIE ZAŁĄCZONEJ HISTORII CHOROBY

DOKUMENTACJA MEDYCZNA ISTOTNA DO WYKONANIA BADANIA MR

(załączniki) **

CZY MOŻNA PODAĆ KONTRAST **

morfologia <input type="checkbox"/>	USG <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
biochemia krwi <input type="checkbox"/>	badanie TK <input type="checkbox"/>		
EKG <input type="checkbox"/>	wcześniejsze badania MR <input type="checkbox"/>		
zdjęcia RTG <input type="checkbox"/>	inne		

ZDIAGNOZOWANE CHOROBY *

AKTUALNIE PODAWANE LEKI *

PRZEBYTE

AKTUALNE

WAŻNE:

NALEŻY WSKAZAĆ SZCZEGÓŁOWY OBSZAR BADANIA MR W ZAKRESIE: **

SZYJA <input type="checkbox"/>	GŁOWA	MÓZGOWIE <input type="checkbox"/>	TRZEWIOCZASZKA <input type="checkbox"/>
KRĘGOSŁUP			
ODCINEK SZYJNY (C1 – Th1) <input type="checkbox"/>	ODCINEK PIERSIOWY (Th13 – L1) <input type="checkbox"/>	ODCINEK LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY (Th13 – S3) <input type="checkbox"/>	

KOŃCZYNY

STAW RAMIENNY:

PRAWY

LEWY

STAW KOLANOWY:

PRAWY

LEWY

INNE

ZA KAŻDY BADANY OBSZAR (ZAZNACZONY KWADRAT) POBIERANA JEST OSOBNA OPŁATA

CEL BADANIA (CO MA WYJAŚNIĆ)

UWAGA:

WŁAŚCICIEL ZWIERZĘCIA ZOSTAŁ PRZEZE MNIE WYCZERPUJĄCO POINFORMOWANY O ZLECONYM BADANIU MR, SPOSOBIE JEGO WYKONANIA ORAZ O MOGĄCYCH WYSTĄPIĆ POWIKŁANIACH, CELEM SKIEROWANIA JEST BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA ORAZ WYKONANIE MAKSYMALNIE EFEKTYWNEGO BADANIA

data, podpis i pieczętka kierującego lekarza weterynarii

* POLA OBOWIĄZKOWE

** ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE KWADRATY ZNAKIEM „X”



Klinika dla Małych Zwierząt
WĄSIATYCZ

KLINIKA DLA MAŁYCH ZWIERZĄT WĄSIATYCZ SP. Z O.O.

61-689 Poznań, ul. Księcia Mieszka I 18
telefon: +48 61 823 09 97 e-mail: recepcja@klinwet.pl
NIP 972 129 62 19 REGON 381780563 KRS 0001090618

ZAŁĄCZNIK DO BADANIA MR

miejsowość

data

KIERUJĄCY
LEKARZ WETERYNARII *

imię i nazwisko

pieczętka lekarza weterynarii

telefon *

e-mail *

określenie najlepszego czasu i sposobu kontaktu *

DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *

DANE OPIEKUNA *

imię

pleć **



imię
i nazwisko

ZDIAGNOZOWANE CHOROBY *

AKTUALNIE PODAWANE LEKI *

PRZEBYTE

AKTUALNE

DODATKOWE UWAGI

data, podpis i pieczętka kierującego lekarza weterynarii

* POLA OBOWIĄZKOWE

** ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE KWADRATY ZNAKIEM „X”