

 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	

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM						RM		
miejscowość					data			
KIERUJĄCY LEKARZ WETERYNARII *		pieczęć lekarza weterynarii						
telefon *					e-mail *			
DANE PACJENTA (ZWIERZĘCIA) *					DANE WŁAŚCICIELA/ OPIEKUNA *			
imię		płeć ** ♀ ☐ ♂ ☐			imię i nazwisko			
data urodzenia lub wiek		waga			adres			
gatunek **	Ca ☐ Fe ☐ inne ☐	po kastracji (sterylizacji) **	tak ☐	nie ☐	telefon			
rasa		chip/ metalowe implanty **	tak ☐	nie ☐	e-mail			
CEL BADANIA / DIAGNOZA / PODEJRZENIE *								
HISTORIA CHOROBY *					AKTUALNIE PODAWANE LEKI *			
ZAŁĄCZONA DOKUMENTACJA MEDYCZNA *								
PROSZĘ O WYKONANIE DODATKOWYCH BADAŃ **								
MORFOLOGIA + BIOCHEMIA KRWI ☐ (wykonana maksymalnie do 7 dni przed badaniem MR)			RTG ☐	USG ☐	HP ☐	INNE		
PROSZĘ O DODATKOWE KONSULTACJE **								
KARDIOLOGICZNA ☐	NEUROLOGICZNA ☐	ORTOPEDYCZNA ☐	INNE					
WAŻNE: SZCZEGÓŁOWY OBSZAR BADANIA RM W ZAKRESIE: **								
GŁOWA: CZASZKA ☐ TWARZ ☐		SZYJA – TKANKI MIĘKKIE ☐		KRĘGOSŁUP NA ODCINKU: C1 – Th2 ☐		Th3 – L3 ☐	L3 – S3 ☐	
KOŃCZYNY: STAW RAMIENNY PRAWY ☐ LEWY ☐				STAW KOLANOWY PRAWY ☐ LEWY ☐				
INNE								
BADANIE I OPIS W TRYBIE PILNYM: TAK ☐ NIE ☐								

data, podpis i pieczęć kierującego lekarza weterynarii

* pola obowiązkowe ** zaznaczyć właściwe kwadraty znakiem „x”

UWAGA: ZA KAŻDY BADANY OBSZAR, DODATKOWE BADANIE I KONSULTACJE (ZAZNACZONY KWADRAT) **POBIERANA JEST OSOBNA OPŁATA**
 PRZED BADANIEM RM ZWIERZĘ POWINNO BYĆ BEZ POKARMU MINIMUM 12 H, BEZ PICIA 4 H