



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 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

płeć

imię
i nazwisko

data urodzenia
lub wiek

waga

adres

gatunek

po kastracji
(sterylizacji)

tak

nie

telefon

rasa

chip/
implanty

tak

nie

e-mail

WSKAZANIA DO BADANIA NA PODSTAWIE ZAŁĄCZONEJ HISTORII CHOROBY

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA ISTOTNA DO WYKONANIA BADANIA MR
(załączniki) ****

CZY MOŻNA PODAĆ KONTRAST **

morfologia

zdjęcia RTG

biochemia krwi

USG

EKG

badanie TK

tak nie

WAŻNE:

NALEŻY WSKAZAĆ SZCZEGÓŁOWY OBSZAR BADANIA MR W ZAKRESIE: **

SZYJA

GŁOWA:

MÓZGOWIE

TRZEWIOCZASZKA

KRĘGOSŁUP

ODCINEK SZYJNY (C1 – Th1)

ODCINEK PIERSIOWY (Th13 – L1)

ODCINEK ŁĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY (Th13 – S3)

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”