



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
İLAÇLI BATIN MR (MANYETİK REZONANS) TETKİKİ İÇİN HASTA HAZIRLIK FORMU

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
RG.FR.60	15.06.2020	00	--	1 / 1
Hasta Adı-Soyadı:				
Doğum Tarihi:				
TC.Kimlik No:				

RANDEVU TARİHİ:

RANDEVU SAATİ:

1. Aç geliniz.(En az 8 saatlik açlık gerekmektedir.)

2.Üzerinizde (metal para, kredi kartı, kolye, cep telefonu, çakmak, bıçak, tırnak makası) bulundurmuyunuz.

3.Vücudunuzda 2000 yılı öncesinde ve son üç ay içerisinde takılan stent, kalp pili, metalik kalp kapağı, protez implant, elektrikli infüzyon pompası bulunan hastaların çekim için hekim onayından geçmesi gerekmektedir.

Acil şifalar dileriz.