Vyšetření: **PET/CT skeletu s NaF**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*adresa pacienta telefon hmotnost*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*dohodnuté datum a čas vyšetření odbornost IČP odesílajícího lékaře kód dg.*

Těhotenství/kojení\*: [ ]  ANO [ ]  NE

Zvolte typ vyšetření\*:[ ]  Celotělové [ ]  Cílené na oblast . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*\*Zaškrtněte příslušnou odpověď*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: