Skupina vyšetření: **PET mozku** Typ vyšetření: **FMM (amyloidový sken)**

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

*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 Splněna indikační kritéria dle [OOP 04-21 SÚKL](https://www.sukl.cz/sukl/oop-04-21-stanoveni-vyse-a-podminky-uhrady-individualne)\*: ANO/NE

*\*Nehodící se škrtněte*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: