Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (FDG bez i.v.KL)** Typ vyšetř.: **Srdce cíleně (zánět / nádor)
 nikoliv viabilita myokardu**

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

*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 Diabetes\*: ANO / NE

Rozsah snímání\*: Jen oblast srdce / Od báze lební pod třísla

*\*Nehodící se škrtněte*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: