Skupina vyšetření: **PET mozku** Typ vyšetření: **FMM/FBB (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 Kardiostimulátor/defibrilátor\*: ANO/NE

Srdeční elektroda\*: ANO/NE Kochleární implantát\*: ANO/NE

Neurostimulátor\*: ANO/NE Endoprotéza/dlahy/šrouby\*: ANO/NE

Cévní svorky\*: ANO/NE Klaustrofobie\*: ANO/NE

Nesplňuje indikační kritéria dle [OOP 05-23 SÚKL](https://www.sukl.cz/file/102460_1_1/)\*: ANO/NE

Jiné cizí těleso\*: ANO/NE *(jaké . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .)*

*\*Nehodící se škrtněte; při jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: