Skupina vyšetření: **PET/MR(CT) 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.*

Kontraindikace MR: ANO/NE Hůře spolupracující pacient: ANO/NE

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

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

*Při jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra. Podmínkou indikace je splnění indikačních kritérií dle* [*OOP 04-24 SÚKL*](https://www.sukl.cz/file/105499_1_1/)*.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: