Skupina vyšetření: **PET/MR(CT) mozku** Typ vyšetření: **FMM/FBB (amyloidový sken)**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta mobilní telefon pacienta 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 02-25 SÚKL*](https://eud.sukl.gov.cz/pub/deska/40000001/athena/25V001N2%40SUKLAA/25D004DT%40SUKLAA/OOP%2002-25.pdf)*.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: