

Žádanka na PET/CT vyšetření s ^{18}F Vizamyl (^{18}F -flutemetamol)

Povinně vyplňované údaje:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo:

Zdrav. pojišťovna:

Bydliště vč. PSČ:

Základní dg. slovy a číselně:

Telefon pacienta:

Ostatní dg. slovy:

Důvod požadavku (co od vyšetření očekáváte):

Výška (cm):

hmotnost (kg):

Alergie:

☐ ne

☐ ano, jaké alergen

Mobilita:

Předchozí vyšetření: PET/CT (datum, místo):

CT nebo MRI (datum, místo):

Požadované vyšetření:

☐ PET/CT hlavy (CT nativní)

Vyšetření objednáno na den:

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení:

Indikující lékař:

tel.:

odbornost:

IČP:

Pracoviště a razítko:

Datum vystavení: