

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

Povinně vyplňované údaje:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo:

Zdrav. pojišťovna:

Bydliště vč. PSČ:

Základní dg. slovy a číselně:

Telefon pacienta:

Ostatní dg. slovy:

Výška (cm):

hmotnost (kg):

PORT:

☐ ne ☐ ano

Alergie:

☐ ne ☐ ano, jaké alergen(y)

Mobilita:

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

CT nebo MRI (datum, místo):

Požadované vyšetření

☐ PET/CT klasická (hlava)

Vyšetření objednáno na den:
(čas):

hodinu:

Příchod na ONM

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení:

Indikující lékař:

tel.:

odbornost:

IČP: