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: