

## Žiadanka na vyšetrenie PET/CT s fluórdihydroxyfenylalanínom (18F) (FDOPA)

### Informácie o pacientovi:

Rodné číslo:                      Muž      Žena  
Priezvisko:  
Meno:  
Adresa:  
Tel. číslo:  
E-mail:  
Kód diagnózy:                      Kód ZP:  
Terajšie ochorenie:

### Informácie o lekárovi:

Odosielajúci lekár:  
Kód PZS a kód odosielajúceho lekára:  
Tel. číslo/E-mail:  
Hospitalizovaný:  
Oddelenie – tel. číslo:  
Kód PZS a kód garanta (u hospitaliz.):  
Meno garanta:

Liečba CHT do:

Posledná operácia:

Liečba RAT do:

Hormonálna terapia do:

Diagnostická otázka:

Doterajšia liečba:

Plánovaná liečba:

Výška (cm):                      Váha (kg):

Aktuálna hladina kreatinínu:

Alergia na jód:                      Áno      Nie

Imobilita:                              Áno      Nie

Naliehavý termín:                      Áno      Nie

DM :      nediabetik  
DM na diéte  
metformín  
inzulín

.....  
Podpis pacienta

.....  
Pečiatka a podpis lekára