

## ŽÁDOST

### o zaslání obrazové dokumentace v DICOM formátu prostřednictvím EPACS

Identifikace pana/paní	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Vyšetření	
Datum požadovaného vyšetření:	
<b>Typ vyšetření:</b> <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/> jiné: _____	
<b>Vyšetřovaná oblast – lokalizace:</b>	
<input type="checkbox"/> hlava <input type="checkbox"/> krk <input type="checkbox"/> hrudník <input type="checkbox"/> břicho <input type="checkbox"/> pánev <input type="checkbox"/> horní končetiny <input type="checkbox"/> dolní končetiny <input type="checkbox"/> jiné: _____	
Identifikace žadatele	
Jméno a příjmení:	
Název zařízení:	
Razítko pracoviště a podpis žadatele:	

## Fakultní nemocnice Ostrava