

# Žádost o zaslání obrazové dokumentace v DICOM formátu prostřednictvím E-PACSu

## Identifikace pacienta:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

## Typ požadovaného vyšetření:

**RTG** ze dne: \_\_\_\_\_

**CT** ze dne: \_\_\_\_\_

**MR** ze dne: \_\_\_\_\_

**DSA** ze dne: \_\_\_\_\_

**jiné:** \_\_\_\_\_

## Identifikace žadatele:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum a podpis žadatele

\_\_\_\_\_  
Razítko pracoviště