



**BIOMEDICÍNSKÉ  
CENTRUM**



**LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
V PLZNI**  
Univerzita Karlova

# ZÁDOST O VYUŽITÍ VÝPOČETNÍHO TOMOGRAFU (CT)

Vedoucí týmu / řešitel / zodpovědná osoba \_\_\_\_\_

Pracoviště \_\_\_\_\_

Název experimentu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Číslo povolení \_\_\_\_\_ Platnost od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Termín konání od–do (datum, čas) \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Spotřební materiál zajištěn

Kontrastní látka zajištěna

Vedení anestezie zajištěno

Schváleno radiologem (doc. MUDr. Hynek Mírka, Ph.D., e-mail: mirka@fnplzen.cz)

Seznam osob účastnících se experimentu

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Stvrzuji svým podpisem, že jsem se seznámil s vnitřními pravidly provozu operačních sálů i všemi dotčenými dokumenty a seznámil jsem s nimi i všechny osoby, účastníci se experimentu.

Beru na vědomí, že se před zahájením experimentu nechám proškolit v bezpečnosti práce a v radiační ochraně v potřebném rozsahu a proškolím všechny ostatní osoby, účastníci se experimentu, nakolik se jich to týká.

\_\_\_\_\_  
Datum a podpis zodpovědné osoby

**Biomedicinské centrum**

Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova  
alej Svobody 1655/76 | 323 00 Plzeň | www.biomedic-plzen.cz