

Kód pojišťovny	IČZ	Datum	Čís. dokladu	Poř. č.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>požaduje dí A</b>			<b>provedl dí B</b>	
<b>POUKAZ NA VYŠETŘENÍ</b>				
Pacient <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Č. pojištěnce <input style="width: 60%;" type="text"/>		Základní diagnóza <input style="width: 40%;" type="text"/>		
Variabilní symbol <input style="width: 60%;" type="text"/>		Ost. dg. <input style="width: 40%;" type="text"/>		
Odesílán ad: <b>Affidea Praha s.r.o.</b>				
Šustova 1930, 148 00, PRAHA 11 - Chodov				
přízemí - tel: 267 090 811, fax: 267 090 822				
Kód náhrady <input style="width: 20%;" type="text"/>				
<b>Požadováno:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Denzitometrické vyšetření axiálního skeletu</b>				
v rámci populačního programu časného zachytu osteoporózy - pro				
všeobecné praktické lékaře a gynekology				
<hr/>				
<input type="checkbox"/> <b>Jsem zařazen do systému uživatelů eZpráva, MISE či CGM CLICKBOX</b>				
a žádám o zaslání popisu vyšetření touto cestou (elektronicky)				
			Dne:	
			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
			razítko a podpis	