

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

provedl  
díl B

Poř. č.

**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ K**

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Var. symbol

Ostatní diagnózy

Kód náhrady

**Odeslán ad: Affidea Praha s.r.o.**Šustova 1930, 148 00, PRAHA 11 - Chodov  
přízemí - tel.: 267 090 811, fax: 267 090 822**Požadováno:** Denzitometrické vyšetření axiálního skeletu  
(standartně L páteř, prox. femory) Jsem zařazen v seznamu uživatelů MISE nebo Medical.NET, žádám o zaslání  
popisu vyšetření touto cestou. (elektronicky)

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

Dne:

razítko a podpis