Kód pojišťovny	IČZ	Datum
	Odbornost	

požaduje díl A

Čís. dokladu	
Poř. č.	

provedl díl B

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
		Kód náhrady	

IČZ	
Odbornost	
Var. symbol	

Datum	Kód	Poč.

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 do systému uživatelů eZPRÁVA, MISE či MedicalNet a žádám o zaslání popisu vyšetření touto cestou (elektronicky)**

Dne:

razítko a podpis