Kód pojišťovny	IČZ	Datum
	Odbornost	

požaduje díl A

Čís. dokladu	
Poř. č.	

provedl díl B

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ (OSTEOCENTRUM Mediscan)

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

IČZ	
Odbornost	
Var. symbol	

Datum	Kód	Poč.

Odeslán ad: **MEDISCAN GROUP, s. r. o.**
Šustova 1930, 148 00, PRAHA 11 - Chodov
přízemí - tel.: 267 090 811 - 14, fax: 267 090 822

Požadováno:

☐ **Denzitometrické vyšetření axiálního skeletu (standardně L páteř, prox.femory)**

☐ **Jsem zařazen v seznamu uživatelů MISE, žádám o export popisu vyšetření touto cestou.**

Dne:

razítko a podpis