

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Čís. dokladu	Poř. č.
		Odbornost		provedl díl B	

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient					
Č. pojištěnce			Základní diagnóza		
Var. symbol	Ostatní diagnózy				
Odeslán ad:	Denzitometrie Kožnar		Kód náhrady		
Požadováno:	Denzitometrické vyšetření pro :				
Populační program pro včasný záchyt osteoporózy Dg Z139 Osteoporóza Dg: M 8199 Prodělaná osteoporotická zlomenina Dg: M 80.9 Sekundární osteoporóza M 82.8					
Poznámka:	První vyšetření		x	Opakované vyšetření	
Léčba					
razítka a podpis lékaře			Dne:		
VZP-06x/2009			razítka a podpis		

IČP		
Odbornost		
Var. symbol		
Datum	Kód	Poč.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Denzitometrie Kožnar České Budějovice

Tel. objednání k vyšetření: tel. číslo **602 726 511**

Kontaktní email: DenzitometrieCB@seznam.cz

Adresa: **Tř. Čsl. Legií 1494 / 10**
České Budějovice 37006

Internetové stránky: www.denzitometrieCB.cz
www.koznargyn.cz



- vyšetření je hrazeno zdravotními pojišťovnami (111, 201, 205, 207, 211)
- samoplátci (1000 Kč)
- nutné předchozí telefonické objednání k vyšetření na tel.č. **602 726 511**
- 2 dny před termínem vyšetření přijde připomínající **SMS**, nebudete-li se moci dostavit, zavolejte si k přeobjednání
- vyšetření trvá 15 min, nebolestivé v příjemném prostředí, oblečení bez kovových doplňků, podpsenky bez kostic
- prosíme o vyplnění přiloženého dotazníku, případně uvedení léčby osteoporózy a předchozího denzitometrického vyš.

MHD č.9, konečná Suché Vrbné České Budějovice, parkování automobilu možno v ulici

Rohová šedivá budova vlevo od lékárny, výtahem do 1. patra, bezbariérový přístup, moderní prostředí, vlnitý přístup

Dotazník k opakované denzitometrii, prosíme o jeho vyplnění, děkujeme

Jméno a příjmení:

Rodné číslo: Zdr. pojišťovna:

Kontaktní telefon: Bydliště:

Praktický lékař a gynekolog: (uveďte prosím jejich jméno, město)

Denzitometrické vyšetření již dříve, kdy a kde ?

Měla (měl) jste zlomeninu? ANO NE

(Jaká zlomenina a kdy? Je zlomenina po úraze?)

Operace a kdy?

Nemoci, se kterými se léčíte:

Nádorová léčba ANO x Ne Jaká?

Léky, které pravidelně užíváte:

Hormonální léčba (kdy? Jaká? dlouho?)

Kortikoidy: (Ano x Ne Jaké? Jak Jak

Přechod? ANO a kdy?

Kouříte? Jak dlouho a kolik cigaret?

Alkohol pravidelně?

..... Ano x Ne x příležitostně

Držíte dietu?

Mléčné výrobky pravidelně? ANO x NE

Pravidelná péče zubařem? Poslední vyšetření kdy? Jméno zubaře?

Jaké máte v současnosti potíže? Bolesti zad? Zhoršení?

Osteoporóza již prokázána Ano x Ne

Užíváte Vitamin D? Ano x NE Vápník (Kalcium)? Ano x Ne

(Jaké množství?)

Další léky na osteoporózu? A jaké? Jak dlouho?

Datum :

Podpis: