

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Diagnostyka bólów głowy

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Konsultacja neurologiczna lub neurochirurgiczna		
MRI głowy 1,5T		