

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Diagnostyka bólów kręgosłupa

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