

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

## KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data rozpoczęcia: ..... Data zakończenia: .....

### Profilaktyka chorób prostaty

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
PSA		
USG jamy brzusznej i układu moczowego		
Konsultacja urologiczna		