

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....**

**KARTA PACJENTA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

**Profilaktyka endokrynolog**

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
TSH		
FT3		
FT4		
Przeciwciała p/tarczycowe anty TPO		
Przeciwciała p/tarczycowe anty TG		
USG tarczycy		
Konsultacja endokrynologiczna		
Konsultacja endokrynologiczna		