

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Zdrowa wątroba

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
GOT/GPT		
GGTP		
Bilirubina całkowita TBIL		
USG jamy brzusznej		
Konsultacja hepatologiczna		
Konsultacja hepatologiczna		