

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

## KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

### Zdrowie na start

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Morfologia z rozmazem		
OB		
Mocz badanie ogólne		
EKG		
Konsultacja internistyczna		