

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Pakiet: ENDOSKOPIA PRZEWODU POKARMOWEGO

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
CEA		
CA 19-9		
Morfologia z rozmazem		
Żelazo		
Gastroskopia z testem ureazowym (helicobacter pylori)		
Kolonoskopia		
Znieczulenie do gastroskopii		
Znieczulenie do kolonoskopii		
Gastrolog		
Gastrolog		