ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: …….

PESEL: …….

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

Pakiet: PROFILAKTYKA CHORÓB JELITA GRUBEGO

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
CEA		
CA 19-9		
Morfologia z rozmazem		
Żelazo		
Kolonoskopia + znieczulenie		
Gastrolog		
Gastrolog		

www.multimed.pl