

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....

### KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

Pakiet: PROFILAKTYKA CHOROBY WRZODOWEJ

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
USG jamy brzusznej		
Gastroskopia z testem ureazowym (helicobacter pylori)		
Gastrolog		
Gastrolog		