

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Pakiet: PROFILAKTYKA CHOROBY WRZODOWEJ ZE ZNIECZULENIEM

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