



Centrum Medyczne VIVAX sp. z o.o.
F 2002-000-001

Tytuł:

Niezbędne pytania przed wykonaniem gastrokopii/kolonoskopii

Imię nazwisko:

Nr telefonu:

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? oznacz krzyżykiem (x)

tak Jaki rodzaj cukrzycy? nie

Czy jest Pan/Pani nosicielem patogenu alarmowego (ŻÓŁTACZKA, HIV, AIDS)? oznacz krzyżykiem (x)

tak Która z chorób? nie

Data

Podpis:

Wyd. 5/01-08-2024

Strona 1 z 1



Centrum Medyczne VIVAX sp. z o.o.
F 2002-000-001

Tytuł:

Niezbędne pytania przed wykonaniem gastrokopii/kolonoskopii

Imię nazwisko:

Nr telefonu:

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? oznacz krzyżykiem (x)

tak Jaki rodzaj cukrzycy? nie

Czy jest Pan/Pani nosicielem patogenu alarmowego (ŻÓŁTACZKA, HIV, AIDS)? oznacz krzyżykiem (x)

tak Która z chorób? nie

Data

Podpis:

Wyd. 5/01-08-2024

Strona 1 z 1



Centrum Medyczne VIVAX sp. z o.o.
F 2002-000-001

Tytuł:

Niezbędne pytania przed wykonaniem gastrokopii/kolonoskopii

Imię nazwisko:

Nr telefonu:

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? oznacz krzyżykiem (x)

tak Jaki rodzaj cukrzycy? nie

Czy jest Pan/Pani nosicielem patogenu alarmowego (ŻÓŁTACZKA, HIV, AIDS)? oznacz krzyżykiem (x)

tak Która z chorób? nie

Data

Podpis:

Wyd. 5/01-08-2024

Strona 1 z 1