

Jméno a příjmení:

Rodné číslo, případně číslo pojištěnce:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

*Prosím o jednoznačné písemné vyjádření kardiologa, zda je nutná ATB profylaxe před plánovanou gastroskopii.*

*MUDr. Petr Brandtl*

Vyjádření:

Datum:

razítko a podpis lékaře