

Zlecenie wykonanie mocznikowego testu oddechowego UBT C¹³

Stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonania Testu INFAI Helicobacter, 75
mg proszku (mocznika C¹³) do sporządzenia roztworu doustnego

u pacjenta (nazwisko i imię)

data urodzenia.....

pesel.....

w celu stwierdzenia w żołądku bakterii *Helicobacter pylori*.

Pieczątka i podpis lekarza kierującego