

Badanie	Częstotliwość badań	Data badania DD/MM/ROK	Wykonane (zaznacz x)
Podstawowe badania profilaktyczne (morfologia, OB, poziom glukozy we krwi i ogólne badanie moczu)	1 x 1 rok	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Badania krwi utajonej w kale	1 x 1 rok	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Badanie krzepliwości krwi (APTT)	1 x 2 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Badanie proktologiczne	1 x 3 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
EKG (elektrokardiogram)	1 x 3 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Elektrolity we krwi (potas, sód, magnez, fosfor, wapń)	1 x 3 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
USG jamy brzusznej	1 x 5 lat	_____	<input type="checkbox"/> TAK
RTG klatki piersiowej (osoby palące)	1 x 5 lat 1 x 1 rok	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Lipidogram (cholesterol, frakcje, trójglicerydy)	1 x 2 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Kontrola wzroku u okulisty i badanie dna oka oraz ciśnienia śródgałkowego	1 x 2 lata	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Kolonoskopia	1 x 5 lat	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Gastroskopia	1 x 5 lat	_____	<input type="checkbox"/> TAK
Samobadanie jąder	1 x 1 miesiąc	_____	<input type="checkbox"/> TAK