

.....
Pieczęćka Jednostki Zlecającej

.....
Data

**SKIEROWANIE NA BADANIE GRUPY KRWI DO
REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA**

Proszę o wykonanie oznaczenia grupy krwi

	Płeć M K
--	---------------------------

Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--

Data urodzenia

Numer PESEL

Adres

Rozpoznanie.....
Wywiad transfuzjologiczny (ciężę-daty, przetoczenia krwi-daty).....
.....

.....
Podpis i pieczęćka lekarza/osoby kierującej

Tryb wykonania badania:

<p>Data i godzina pobrania próbki</p> <p>Imię i nazwisko osoby pobierającej</p> <p>Rodzaj materiału:</p>

<p>Wypełnia RCKiK</p> <p>Data i godzina przyjęcia próbki, podpis</p> <p>Nr Bad. grupy krwi:</p>

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru (jeśli inne niż jednostka zlecająca):