

Podmiot leczniczy

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia

Miejsce przesłania wyniku badania

Tryb wykonania badania NORMALNY ☐ PILNY ☐

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej

w

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia nr PESEL Płeć K ☐ M ☐

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nie posiadającej numeru

PESEL

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Rozpoznanie

Poprzednie wyniki badań (*grupa krwi, przeciwciała odpornościowe*)

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania: **krew na skrzep / EDTA**

Data i godzina pobrania próbki krwi

.....
(czytelny i podpis osoby pobierającej)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania