

WZÓR*

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

K

M

Data urodzenia numer PESEL Płeć

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru
PESELJeżeli pacjent NN: numer książki głównej, numer książki oddziałowej.....
lub niepowtarzalny numer
identyfikacyjny.....

Rozpoznanie

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

..

.....
(pieczęć i podpis lekarza kierującego)Rodzaj materiału do badania: **krew na skrzep/EDTA**

Data i godzina pobrania próbki krwi

(czytelny podpis osoby pobierającej)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

* Układ graficzny nieobowiązujący.