120

Załącznik nr 4

*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 .....

Data urodzenia ..... numer PESEL ..... Płeć | **K** | **M** |

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL .....

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej..... lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie .....

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

.....

.....
(pieczątka 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

admed MEDICAL PARTNER ®
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl