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 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

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**