



.....

( pieczętka z NIP jednostki kierującej )

**Wypełnia lekarz kierujący**

1. ....

Dane pacjenta- Imię

nazwisko

PESEL

2. Adres.....

3. Rozpoznanie .....

.....

4. Choroby towarzyszące.....

.....

.....

5. Zażywane leki.....

6. Wynik morfologii krwi.....

7. Ilość i częstotliwość planowanych zabiegów.....

.....

pieczętka lekarza kierującego

**Wypełnia pacjent**

**Zgoda pacjenta na zabieg krwioupuustu**

Zostałem poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu i możliwych powikłaniach

.....

Data

.....

podpis

**Informacji udziela :**

Kierownik Działu Krwiodawców – lek. Anna Cendrzak- Basista

Tel. 32 20 87 300, 32 20 87 368