

Oznaczenie podmiotu

Data wystawienia zlecenia.....

z jednostką lub komórka organizacyjną

Tryb wykonania badania\*:  NORMALNY  PILNY

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych Immunologii Krwinek Czerwonych Regionalnego Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Słupsku.

## ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta.....

Numer PESEL....., data urodzenia..... Płeć\*  K  M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:.....

Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej: .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie.....

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe):

.....

Rodzaj materiału do badania\*:

 krew żylna na skrzep/EDTA,  krew tętnicza na skrzep/EDTA,  krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki:
Oznaczenie** i podpis lekarza zlecającego badanie:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

\* Właściwie zaznaczyć X.

\*\* Oznaczenie osoby zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.