

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. Jana Pawła II w Słupsku		
Nr wersji: 01	SOP-DIT.K-PZ-03	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 1	Data: 20.02.2026

Oznaczenie podmiotu
z jednostką lub komórka
organizacyjną

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania*: normalny pilny

*Do Pracowni Badań Konsultacyjnych
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 książki 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

*Właściwe 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.