

## WZÓR

## ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Data wystawienia zlecenia:

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka  
organizacyjna:Tryb wykonania badania\*:  NORMALNY PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej

w .....

## ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Numer PESEL: ..... data urodzenia: ..... Płeć\*:  K  MW 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 krwi:
Oznaczenie** i podpis lekarza:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

\* Właściwie zaznaczyć X.

\*\* Oznaczenie 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