

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania:

NORMALNY PILNY

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

POTWIERDZONA

NIEPOTWIERDZONA

Nazwisko i imię..... Płeć K M

Data urodzenia..... PESEL.....

Nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL.....

Jeżeli pacjent NN: Nr ks. głównej..... Nr ks. oddziałowej.....

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 | |
| | I | II |
| Podpis lekarza zlecającego | Podpis osoby pobierającej | |
| | | |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Data i godz. przyjęcia próbki | Nr badania |
|-------------------------------|------------|