

Pieczątka podmiotu

Skierowanie do zabiegu pobrania

- sztucznych łez
 osocza bogatopłytkowego

Wypełnia jednostka kierująca

Jednostka kierująca

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel /Data urodzenia

Adres

Rozpoznanie /zespół suchego oka/

Choroby towarzyszące

Leki , które pacjent zażywa

Badania:

Poziom hemoglobiny

Poziom płytek

Lekarz do kontaktu Tel.

.....
*Data, podpis i pieczętka lekarza
kierującego do zabiegu*

Wypełnia pacjent

Zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu, sposobie jego przeprowadzenia i możliwych powikłaniach

.....
Data i podpis pacjenta