

.....
Pieczętka Jednostki Zlecającej

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI DO

REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE

		M <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Nazwisko	Imię	Płeć	

Data urodzenia	Numer PESEL (w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL – nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość)										

Grupa krwi ABO i RhD, fenotyp*:

Przeciwciała odpornościowe*:

Rozpoznanie:

Wywiad transfuzjologiczny

Ciąże-daty:

Przetoczenia krwi-daty:

		Krew żylna
		na skrzep <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/>
Data i godzina wystawienia zlecenia	Data i godzina pobrania próbki krwi	Rodzaj materiału

Oznaczenie i podpis lekarza	Oznaczenie i podpis osoby pobierającej próbkę

Tryb wykonania badania:

Rutynowy

Pilny

Wypełnia RCKiK

Data i godzina przyjęcia próbki do badania/podpis	Numer badania

Składniki krwi:

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

* Jeśli wynik badania grupy krwi ma być potwierdzony, do zlecenia należy załączyć kopię wyniku badania grupy krwi potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez lekarza.

Zleceniodawca oświadcza, że zlecane usługi medyczne służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

W przypadku, gdy zlecane usługi medyczne nie służą powyższym celom zleceniodawca zobowiązuje się do każdorazowego informowania RCKiK, ponieważ takie usługi medyczne są objęte podatkiem VAT wg stawki obowiązującej na dzień wystawienia faktury.