WZÓR

KARTA IDENTYFIKACYJNA GRUPY KRWI

Strona 1

|  |
| --- |
| Karta identyfikacyjna grupy krwi |
| Nazwa albo firma podmiotu leczniczego  |
| Imiona i nazwisko |
| Data i miejsce urodzenia |
| Imiona rodziców |
| Numer PESEL\* |

Strona 2

|  |
| --- |
| Nazwa pracowni immunologii transfuzjologicznej |
| Grupa krwi |
| Uwagi |
| Daty i numery badań |  |
|  |
| ...............................................numer wpisu z książki badań grup krwi/rok lub pełna data wpisu | .....................................................................................................................................Oznaczenie osoby uprawnionej do dokonania wpisu zawierające 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.  |

\* W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.