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.