

.....
pieczętka szpitala lub poradni

Skierowanie na zabieg autotransfuzji do

RCKiK we Wrocławiu/Terenowego Oddziału w.....

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkaniaTel.....

Przewidywana data zabiegu.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Ilość zamawianych jednostek KKCz.....

Rozpoznanie.....

Choroby towarzyszące.....

Zażywane leki.....

Czy pacjent otrzymuje preparaty żelaza?

tak

nie

.....
Podpis pieczętka lekarza kierującego

Informacja dla pacjenta:

Do oddania krwi należy zgłosić się:

1.z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem(np. legitymacją szkolną) i z numerem PESEL

2.po lekkim posiłku

3.w godzinach:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5/9

pon-pt w godz. 7.30-18.00, sobota w godz. 8.00-12.00

TEL. 71 371 58 00, 371 58 10

Terenowy Oddział w Legnicy, ul. Iwaskiewicza 5

pon-pt w godz. 7:00-11:30 /poza środą/, środa 7:00 – 17.00

TEL. 76 721 16 88

Terenowy Oddział w Lubinie, ul. Bema 5

pon-pt w godz. 7.30-10.00 /poza piątkiem/, piątek w godz. 7.30-16.30

TEL.76 746 88 70

Terenowy Oddział w Głogowie, ul. Kościuszki 15

wt-pt w godz. 7.00-11.00, poniedziałek w godz. 7.00 -16.30

TEL.76 831 49 23