

pieczętka jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

Data, godz. pobrania próbki do badania

Data, godz. przyjęcia próbki do badania

Data badania

Numer badania

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

Nazwisko, imię pacjenta Płeć ☐ K ☐ M

Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada nr PESEL) numer PESEL

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL

Jeżeli kobieta NN, numer księgi głównej numer księgi oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Grupa krwi Przeciwciała odpornościowe

.....
czytelny podpis, pieczętka osoby
wykonującej badanie.....
czytelny podpis, pieczętka
osoby autoryzującej

pieczętka jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

Data, godz. pobrania próbki do badania

Data, godz. przyjęcia próbki do badania

Data badania

Numer badania

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

Nazwisko, imię pacjenta Płeć ☐ K ☐ M

Data urodzenia (jeżeli kobieta nie posiada nr PESEL) numer PESEL

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL

Jeżeli kobieta NN, numer księgi głównej numer księgi oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Grupa krwi Przeciwciała odpornościowe

.....
czytelny podpis, pieczętka osoby
wykonującej badanie.....
czytelny podpis, pieczętka
osoby autoryzującej