

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr. hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu		
Nr wersji: 01	SOP-DDiP/REJ-PR-01	Strona zał. z 1 z 1
Załącznik nr: 4	Wersja zał. nr: 01	Data: 09.09.2024

.....
pieczętka szpitala

**Skierowanie na donację autologiczną
do RCKiK we Wrocławiu**

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Adres zamieszkaniaTel.....

Przewidywana data zabiegu:

Rodzaj planowanego zabiegu:

Rozpoznanie:

Choroby towarzyszące:

Zażywane leki:

Czy pacjent otrzymuje preparat żelaza?

tak

nie

Rodzaj zamawianego składnika:

Ilość zamawianego składnika krwi:

.....
Podpis pieczętka lekarza kierującego

Informacja dla pacjenta:

Do oddania krwi należy zgłosić się:

1. z dowodem osobistym
2. po lekkim posiłku

3. adres: **Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr. hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu,
ul. Czerwonego Krzyża 5/9, TEL. 71 371 58 00, 371 58 10 w godzinach: pon.-pt. w godz. 7.00-10.00**