

## Wzór nr 5

Szpital .....

Oddział .....  
(pieczętka)

Data .....

Do  
Pracowni serologii transfuzjologicznej  
w .....**SKIEROWANIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI****Pacjent:**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia lub PESEL .....

Rozpoznanie .....

Grupa krwi .....

Przeciwciała odpornościowe .....

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciążę .....

(właściwe podkreślić)

Data ostatniego przetoczenia .....

Podpis i pieczętka lekarza  
kierującego .....

Data i godzina pobrania próbki krwi .....

Czytelny podpis osoby pobierającej .....

**Składniki krwi wydane przez bank krwi:**Grupa krwi/ Numer pojemnika  
.....  
.....  
.....

Podpis pracownika banku krwi .....