

Szpital .....

Oddział .....

(pieczęta oddziału składającego zamówienie) ..... dnia.....

**ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI**

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL lub data urodzenia .....

Grupa krwi pacjenta .....

Przeciwciała odpornościowe .....

Rozpoznanie choroby .....

Wskazanie do transfuzji .....

Nr księgi głównej ..... Nr księgi oddziału .....

**PROSZĘ O WYDANIE****Liczba jednostek****lub opakowań**.....  
(pełna nazwa zamawianego składnika)**Grupa krwi ABO****Rh (słownie)****FENOTYP**

.....

.....  
(data, podpis i pieczęta lekarza zamawiającego)