Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

vyšetrenie na **krvné skupiny**

# ŽIADANKA K 1 0 0 1

Miesto na nalepenie čiarového kódu.

Údaje o pacientovi

Rodné číslo, resp. číslo poistenca

/

Meno

Priezvisko

Pohlavie muž ☐ žena ☐

U cudzincov Kód krajiny EU

Identif. číslo pacienta

Kód dg.

Kód poisťovne pacienta

Dátum odberu

d d . m m . r r

Čas odberu

: 

Kód poskytovateľa

Kód odosielajúceho lekára

Tel.

Pečiatka lekára:

| | |
|---|---|
| ☐ Krvná skupina + Rh protilátky | ☐ Erytrocytárne protilátky |
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |

**LABMED, a.s.,** člen **MEDIREX** GROUP
Rastislavova 43 ■ 041 90 Košice ■ ld@labmed.sk
tel.: 0850 00 30 60 ■ mobil +421 915 78 59 20
www.labmed.sk ■ www.medirexgroup.sk

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification Excluding Design