

.....
pieczętka szpitala lub poradni

Skierowanie na zabieg autotransfuzji do

RCKiK we Wrocławiu/Terenowego Oddziału w.....

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania

..... Tel.....

Przewidywana data zabiegu.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Ilość zamawianych jednostek KKCz.....

Rozpoznanie.....

Choroby towarzyszące.....

Zażywane leki.....

Czy pacjentotrzymuje preparaty żelaza?

tak

nie

.....
Podpis pieczętka lekarza kierującego

Informacja dla pacjenta:

Do oddania krwi należy zgłosić się:

1. z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości ze zdjęciem (np. legitymacją szkolną) i z numerem PESEL

2. po lekkim posiłku

3. w godzinach:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5/9

pon.-pt. w godz. 7.00-17.30, sobota w godz. 7.30-12.00

TEL. 71 371 58 00, 371 58 10

Terenowy Oddział w Legnicy, ul. Iwaszkiewicza 5

pon. w godz. 7:00-16.00, wt.śr.pt. 7:00 - 12.00, czw. 7:00-15:00

TEL. 76 721 16 88

Terenowy Oddział w Lubinie, ul. Bema 5

pon. czw. w godz. 7.00-16.00 wt. śr. pt. w godz. 7.00-12:00

TEL. 76 746 88 70

Terenowy Oddział w Głogowie, ul. Kościuszki 15

pon. w godz. 7:00-16.00, wt.śr.pt. 7:00 - 12.00, czw. 7:00-15:00

TEL. 76 831 49 23