



FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Oddělení krevní banky FN Motol

.....
Razítko kliniky (oddělení) včetně IČP, odbornosti a telefonu

ŽÁDANKA O ODBĚR KRVE K AUTOTRANSFUZI

příjmení a jméno....., rodné číslo.....

zdravotní pojišťovna.....

diagnóza....., předpokládané datum operace.....

odběr pro výkon.....

počet požadovaných T.U.

.....
podpis ošetřujícího (indikujícího) lékaře