

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-RCKIK-DDiP-PR-07	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 1.1	Data: 06.06.2025

SKIEROWANIE OD LEKARZA PROWADZĄCEGO DO RCKIK

CELEM WYKONANIA KRWIOUPUSTU

Skierowanie	
Pieczerka podmiotu kierującego	
Dane pacjenta	Imię i nazwisko PESEL Adres
Skierowanie do RCKiK w Gdańsku na zabieg <u>odpłatnego</u> wykonania krwioupuustu (450ml krwi pełnej). Rozpoznanie (rodzaj mutacji) Proponowana częstotliwość wykonywania zabiegów: UWAGI 	
Data wystawienia skierowania	Podpis i pieczęć lekarza kierującego