…………………………..

pieczątka szpitala/poradni/praktyki lekarskiej

Skierowanie na zabieg pobrania krwi celem produkcji sztucznych łez do RCKiK we Wrocławiu

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………… | ……………………………………………. |
| imię i nazwisko pacjenta | PESEL |

ILOŚĆ 300-400 drenów

ILOŚĆ 600-700 drenów

Skierowanie jednorazowe

Skierowanie wielokrotne – ważne do:………………..

Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… Choroby towarzyszące: ……………………………………………………………………………………………………………………………….. Zażywane leki: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data ………………………………………………… ………………………………………………… Podpis pieczątka lekarza kierującego



Informacja dla pacjenta:

Należy zgłosić się:

1. z dowodem osobistym
2. po lekkim posiłku
3. do: **Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5/9, pon.-pt. w godz. 7.00-9.00**
4. ***Prosimy o telefoniczne zarejestrowanie się na wybrany termin: Tel. 71 371 58 24 (REJESTRACJA)***
5. W przypadku konieczności konsultacji z lekarzem RCKiK we Wrocławiu – tel. *71 371 58 47 (GABINET LEKARSKI)*