

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení s IČP

**Žádanka o odběr autologní krve**

Jméno pacienta \_\_\_\_\_ rodné číslo \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_ dg. \_\_\_\_\_ datum operace \_\_\_\_\_

Odběr pro výkon \_\_\_\_\_ počet TU \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Razítko, podpis, odbornost  
Indikujícího lékaře