

Zlecenie na wykonanie zabiegu plazmaferezy leczniczej

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu leczniczego

**Dyrektor
Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
W Rzeszowie**

Proszę o wykonanie zabiegu plazmaferezy leczniczej w dniu/ach

W
nazwa zakładu leczniczego

u pacjenta,
Imię i Nazwisko Pesel

zamieszkałego

Rozpoznanie:

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

Zgoda Dyrektora placówki na wykonanie zabiegu

.....
pieczętka i podpis lekarza zlecającego/ordynatora oddziału