

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie		
Nr wersji: 01	SOP-DDP-PR-05	Strona 1 z 1
Załącznik nr 5	Wersja zał. nr: 01	Data: 11-06-2024 r.

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA  
DAWCY KRWI / KANDYDATA NA DAWCĘ KRWI**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>PESEL</b> /data urodzenia, jeśli brak nr PESEL/	
<b>Stan zdrowia</b>	Rozpoznanie:
	Przyjmowane leki:
	Data ostatniej zmiany dawkowania przyjmowanych leków:
	Choroby współistniejące:
	Uczulenia/reakcja anafilaktyczna w wywiadzie:
	Wstrząs anafilaktyczny w wywiadzie:
<b>Przeciwwskazania do bycia krwiodawcą</b>	
<b>Brak</b>	<b>Istniejące przeciwwskazania:</b> ..... .....

.....  
data, podpis i pieczętka lekarza