

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 8 lipca 2019 r. (poz. 1441)

WZÓR

KARTA GRUPY KRWI

Strona 1

Karta grupy krwi/Blood type form:	
Nazwa albo firma podmiotu lecniczego/Name of medical entity:	Logotyp (opcjonalnie/Logotype optional):
Imiona i nazwisko/First, second name, surname:	Zdjęcie opcjonalnie/Photo optional
Data i miejsce urodzenia/Date and place of birth:	
Numer PESEL/ID*:	

* W przypadku obcokrajowców – numer dokumentu tożsamości i niepowtarzalny numer identyfikacyjny.
(For foreigners: identification and passport numbers)

Strona 2

Nazwa pracowni immunologii transfuzjologicznej/ Name of laboratory:	
Grupa krwi/Blood group/type:	
Uwagi/Comments:	
Przeciwciała odpornościowe/immune antibodies:	
Daty/numery badań	
Dates/blood grouping numbers	
Data/numer wpisu księgi badań	<i>(Oznaczenie osoby uprawnionej do dokonania wpisu zawierające imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy)</i>
Date/entry number	<i>(Data of person entitled to entry: first name, surname, professional title, specialization, license to practice)</i>