



**SZPITAL
UNIwersytecki NR 2**
IM. DR. JANA BIZIELA
W BYDGOSZCZY

PR12_PJ3_F42_w1

Zakład Krwiolecznictwa

COFNIĘCIE ZGODY NA TRANSFUZJE KRWI

WAŻNE TYLKO NA TERENIE SZPITALA UNIwersyteckiego NR 2 BYDGOSZCZ

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

Cofam wyrażoną uprzednio zgodę na transfuzję:

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
oznaczenie i podpis lekarza przyjmującego cofnięcie zgody

*pacjent po ukończeniu 16 rż – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)