



**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
Oddělení krevní banky FN Motol

.....  
Razítko kliniky (oddělení) včetně IČP, odbornosti a telefonu

**ŽÁDANKA O ODBĚR KRVE K AUTOTRANSFUZI**

příjmení a jméno....., rodné číslo.....

zdravotní pojišťovna.....

diagnóza....., předpokládané datum operace.....

odběr pro výkon.....

počet požadovaných T.U. ....

.....  
podpis ošetřujícího (indikujícího) lékaře