



(pieczęć oddziału/kliniki)

PR12\_PJ3\_F42\_w1

## COFNIĘCIE ZGODY NA TRANSFUZJĘ KRWI

WAŻNE TYLKO NA TERENIE SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO NR 2 BYDGOSZCZ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....

PESEL:.....

DATA URODZENIA:.....

ID:..... PŁEĆ:..... WIEK:.....

**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)