

## Žádanka k výdeji transfúzního přípravku

**OKHT**

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8,  
tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz, IDDS: n9hiezm, IČO: 00064211  
www.bulovka.cz

Transfúze ☎ **26608 2373**

**Příjmení a jméno:** .....

**Rodné číslo:** .....

**Č. pojištění:** .....

**Pojišťovna:** .....

**Žadatel:** .....

**Telefon:** .....

**IČP/ odbornost:** .....

Přípravek	Množství v T.U.	Poznámka:
EBR	.....	.....
ERD	.....	.....
plasma	.....	.....
TAD	.....	.....

**Datum:**  
.....

**Požadující lékař:**  
.....

**Razítko:**