

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Záznam o schválení odběru krvetvorných buněk u příbuzného dárce

Odběr pro pacienta:

Příbuzný dárce/dárkyně byl/a schválen/a k odběru ☐ periferních krvetvorných buněk ☐ kostní dřeně

bez výhrad na jednání Indikační komise dne:

Předpokládaný termín odběru:

☐ dárce podepsal informovaný souhlas s odběrem ☐ periferních krvetvorných buněk ☐ kostní dřeně
dne:

V Olomouci dne

Jméno, příjmení ošetřujícího lékaře	Jméno, příjmení vedoucího lékaře Transplantačního programu	Jméno, příjmení transplantačního koordinátora
Podpis ošetřujícího lékaře	Podpis vedoucího lékaře Transplantačního programu	Podpis transplantačního koordinátora