

Potvrzení o převzetí průvodce transplantací krvetvorných buněk

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Potvrzuji, že jsem obdržel „Průvodce transplantací krvetvorných buněk“, které jsem řádně prostudoval, a byly mi zodpovězeny veškeré dotazy vyplývající z tohoto textu.

V Olomouci dne:

Podpis pacienta:

Podpis a jmenovka ošetřujícího lékaře: