ОБРАЗАЦ

САГЛАСНОСТ ПРИМАОЦА КРВИ ИЛИ КОМПОНЕНТЕ КРВИ

Здравствена Установа	Организациона јединица	Место

ДАТУМ: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

дан месец година

ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПРИМАОЦА КРВИ ИЛИ КОМПОНЕНАТА КРВИ:

Име и презиме:

ЈМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Датум рођења: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

дан месец година

Пол: М ☐ Ж ☐

Место пребивалишта и адреса:

улица и број место

општина држављанство

Телефон:

ИЗЈАВА О САГЛАСНОСТИ

Изјављујем, на основу своје слободне воље формиране након добијања обавештења о примању крви или компоненте крви, као и о свим последицама трансфузије, да сам сагласан/а да примим крв или и компоненте крви у сврху мог лечења.

М.П.

_____
Својеручан потпис
даваоца изјаве

_____
Потпис надлежног доктора
медицине