



## **ZGODA NA PRZETOCZENIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW**

Ja niżej podpisany/a..... wyrażam zgodę na przetoczenie krwi lub jej składników w sytuacji nagłej, wymagającej podjęcia czynności ratujących życie.

Zostałem poinformowany o ryzyku powikłań poprzetoczeniowych.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta\*

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza

\*proszę złożyć w obecności lekarza