

*Wzór 10.4. Wezwanie na ponowne badanie*

Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

Adres:.....

Pani/Pan: Imię i nazwisko

Adres:.....

Data badania:.....

Zawiadamy, że wyniki przeprowadzonych badań wskazują na konieczność ich powtórzenia. W związku z tym prosimy nie oddawać krwi do czasu przeprowadzenia dodatkowych badań specjalistycznych i zgłosić się do centrum w ..... lub do Oddziału Terenowego centrum w ..... w terminie..... w celu pobrania próbki do badań kontrolnych.