

# Rendelkező nyilatkozat „irányított véradás” donorai részére

A véradó tölti ki a jelentkezéskor

## A kedvezményezett beteg azonosító adatai:

Neve: MOLNÁR ROKSZOLANA  
Születési ideje: 1999. december 29  
TAJ száma: 132 487 960

## A kedvezményezett beteg vércsoportja:

AB RH-

## A beteg ellátó egészségügyi intézmény adatai:

Intézmény neve:  
Osztály/Részleg: GERINCSEBÉSZET

ORSZAGOS GERINCGYOGYASZATI KOZPONT  
a Budai Egészségközpont Szakkórháza  
1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3.  
Varos: 1.

A kivizsgáló orvos tölti ki

VÉRVÉTELI SORSZÁM HELYE

Az irányított véradás feltételei alapján alkalmas?      igen      nem

## Alkalmasság esetén rokonság foka:

A véradó rokonságban áll-e a kedvezményezett beteggel?      igen      nem  
A rokonsági fok:      testvér      szülő      egyéb:  
A közeli rokonság miatt a vérkészítmény besugárzása:      szükséges      nem szükséges

Kivizsgáló orvos aláírása

Tudomásul vettem, hogy vérem irányított véradásra nem alkalmas:

Véradó aláírása

Tudomásul vettem, hogy véretem a kedvezményezett beteg  
abban az esetben kapja meg, ha a levett vér:

- gyógyító célra alkalmas
- a beteg számára szükséges
- a beteg számára orvos szakmai okokból megfelelő.

Tudomásul vettem, hogy a levett vér, jogszabályban meghatározott  
feltételek között, közvetlen életveszély elhárítása érdekében más  
betegnél felhasználásra kerülhet.

Véradó aláírása

Kód/Egyeztetés dátuma  
DON11 A02 V01 20121221

OVSz MINŐSÉGÜGYI ELJÁRÁS  
Formanyomtatvány

Kiadás: 2013.01.15.  
Oldalszám: 1/(1).