



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΜΜΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημερομηνία:

A/A 6

A2  
811

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ Ή ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο:	Όνομα:
Κατοική:	Θάλαμος:
	Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Ομάδα Αίματος:

Rh:

Είδος	Αιτούμενη ποσότητα	Χορηγηθείσα ποσότητα	Αριθμός μονάδας

Στοιχεία αιτούντος  
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Παράδοση: Υπογραφή  
υπευθύνου αιμοδοσίας

Ημερομηνία:

Ώρα:

Παράληψη από  
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)