



Hastanın Adı Soyadı	
Protokol Numarası	
Tarih	
Poliklinik	
Teşhis	
Tansiyon	
Diğer:	

Hastadan flebotomi amacıyla cc kan alınarak imhası uygundur.

Flebotomi yapılmasını kabul ediyorum.

Hasta Adı-Soyadı-İmza

Talepte bulunan Hekim Adı-Soyadı İmza Kaşe