

**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ВЗЕМАНЕ НА КРЪВ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА
НОСИТЕЛСТВО НА ХИВ СПИН, ВАСЕРМАН, АВСТРАЛИЙСКИ АНТИГЕН**

Име:

Възраст:

Телефон:

Уважаеми г-н/г-жа.....

Вашето здравословно състояние изисква да бъде взета кръв за изследване на HIV, Wass, HbsAg.

Манипулацията се състои във взимане на кръв, което се извършва обикновено в лакетната ямка. Необходимо е притискане на мястото на убодената вена 5-10 мин, поради риск от хематом.

София,

Дата:

Подпис: