

Verensiirtolupa

Työntekijän nimi _____

Ammattitutkinto _____

Palveluntuottaja/Työyksikkö _____

Lupa on voimassa ___ / ___ 20 ___ asti

Sitoudun toteuttamaan lääkehoitoa palveluntuottajan ohjeiden mukaisesti.

___ / ___ 20 ___ _____
Työntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

Lupaan vaadittavat suoritukset varmistanut

___ / ___ 20 ___ _____
Esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys

Luvan myöntäjä

___ / ___ / 20 ___ _____
Lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys

Alkuperäinen lääkehoitolupa säilytetään työyksikössä. Työntekijälle annetaan kopio.