

## WNIOSEK

O WYDANIE BLOCzków LUB PREPARATÓW  
Z ZAKŁADU PATOMORFOLOGII**WYPEŁNIA PACJENT / OSOBA UPOWAŻNIONA**

1. Ja niżej podpisana(y)

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:**

Imię i Nazwisko: ..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ** (wypełnić w przypadku, gdy inna niż powyżej):

Imię i Nazwisko: .....

Dane umożliwiające kontakt : .....

(np. adres do korespondencji, telefon, mail)

wnioskuję o wydanie\*:

- 1) błočka parafinowego – numer badania.....,
- 2) preparatu histopatologicznego – numer badania.....,
- 3) preparatu cytologicznego – numer badania.....,
- 4) inny materiał (podać jaki) .....  
– numer badania.....,

dotyczącej\*:

- a) mojej osoby,
- b) niżej wymienionej osoby:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- której jestem przedstawicielem ustawowym / prawnym opiekunem\*
- która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłożonego upoważnienia/pełnomocnictwa\*

2. Cel wypożyczenia: .....3. Miejsce konsultacji: .....

4. Po zakończonej diagnostyce proszę odesłać:

- a. kopię wyniku konsultacji zewnętrznej,
- b. otrzymany materiał na adres: Szpital Specjalistyczny w Piłie, Zakład Patomorfologii, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła,
- c. zwrot nie później niż do 3 miesięcy,
- d. lub zwrócić osobiście materiał z wyżej wymienionej deklaracji.

.....  
(Czytelny podpis pacjenta lub osoby przez niego pisemnie upoważnionej)

\* - niepotrzebne skreślić

WYPEŁNIA SZPITAL

Potwierdzam odbiór w/w preparatu o numerze ewidencyjnym .....

1. Zobowiązuję się jednocześnie do ochrony i odpowiedniego przechowywania i ponoszenia wszelkich konsekwencji za udostępnienie oraz za utratę lub zniszczenie otrzymanego preparatu.
2. Zobowiązuję się do osobistego zwrotu w/w preparatu w terminie do dnia .....

Imię i nazwisko osoby pobierającej dokumentację medyczną .....

Piła, dnia .....

.....  
(Czytelny podpis pacjenta/  
pełnomocnika/ osoby upoważnionej\*)

.....  
(Czytelny podpis i pieczęć  
pracownika wydającego preparat)

**Adnotacja o zwrocie.**

Potwierdzam zwrot w/w preparatu o numerze ewidencyjnym .....

Uwagi dot. stanie preparatu:

.....  
.....

.....  
(Czytelny podpis osoby zdającej)

Piła, dnia .....

.....  
(Czytelny podpis i pieczęć  
pracownika szpitala  
przyjmującego preparat)

**Uwagi:**