

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII	
	WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ	
	Właściciel dokumentu: Kierownik Zakładu Patologii Klinicznej i Genetyki Medycznej	Aktualna edycja obowiązuje od: 31.05.2022 Data wprowadzenia: 31.05.2022

Proszę o udostępnienie niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

- Preparatów histologicznych* nr
- Bloczków parafinowych* nr
- Preparatów cytologicznych* nr

Wraz z wynikiem badania nr

Celem konsultacji w
nazwa podmiotu któremu udostępniane są preparaty/bloczki

Do odbioru dokumentacji upoważniony/-a jest:

.....
imię i nazwisko

Legitymujący się
nazwa i numer dokumentu tożsamości

Wypożyczoną dokumentację zobowiązuję się zwrócić w terminie do(maks. 3 miesiące)

.....
Data i czytelny podpis osoby wystawiającej wniosek

.....
Data i czytelny podpis patomorfologa weryfikującego materiał

Potwierdzam odbiór niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

.....

	Liczba	Numery
Preparaty histologiczne*		
Bloczki parafinowe*		
Preparaty cytologiczne*		

.....
 Data i czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru

*)podkreślić właściwe

Potwierdzam zwrot niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

.....

	Liczba	Numery
Preparaty histologiczne*		
Bloczki parafinowe*		
Preparaty cytologiczne*		

.....
Data i podpis osoby odbierającej zwrócony materiał

Uwagi: