

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII		
	WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ		Formularz JDP/F-1/ZJ 13
	Właściciel dokumentu: Kierownik Zakładu Patologii Klinicznej	Aktualna edycja obowiązuje od: 13.11.2025 Data wprowadzenia: 20.12.2021	Edycja 3

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Proszę o udostępnienie niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

Imię i Nazwisko		PESEL	
Preparaty histologiczne nr	Bloczki parafinowe nr	Preparaty cytologiczne nr	
Wraz z wynikiem badania nr		☐ cały materiał ☐ wybrany bloczek	

Celem konsultacji w
nazwa podmiotu któremu udostępniane są preparaty/bloczki

Do odbioru dokumentacji upoważniony/-a jest:

Imię i Nazwisko	Legitymujący się (<i>nazwa i numer dokumentu tożsamości</i>)

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

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

Potwierdzam odbiór wyżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

.....

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru

Potwierdzam zwrot dokumentacji patomorfologicznej pacjenta Data i czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację	(kopia dla zwracającego) Potwierdzam zwrot dokumentacji patomorfologicznej pacjenta: Data i czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację
---	--

WYPEŁNIA PATOMORFOLOG

Potwierdzam zgodność niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta:

.....

	Liczba	Numery
Preparaty histologiczne		
Bloczki parafinowe		
Preparaty cytologiczne		

.....

Data i czytelny podpis patomorfologa weryfikującego materiał

WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY ZWROT DOKUMENTACJI

Potwierdzam zgodność zwrot niżej wymienionej dokumentacji patomorfologicznej pacjenta

.....

	Liczba	Numery
Preparaty histologiczne		
Bloczki parafinowe		
Preparaty cytologiczne		

.....

Data i podpis osoby odbierającej zwrócony materiał

Uwagi: