



Załącznik nr 1 do Procedury udostępniania bloczków parafinowych i preparatów histopatologicznych, edycja nr 2  
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II  
Zakład Patomorfologii  
ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ

Nr \_\_\_\_/\_\_\_\_

Proszę o wypożyczenie/sporządzenie odpisu\* niżej wymienionej dokumentacji pacjenta:

\_\_\_\_\_ wiek: \_\_\_\_\_, płeć: **K / M**, nr PESEL: \_\_\_\_\_  
numer kontaktowy \_\_\_\_\_

- a. preparatów histo-/cytologicznych\* nr: \_\_\_\_\_  
b. bloczków parafinowych\* nr: \_\_\_\_\_  
c. wyniku badania histo-/cytopatologicznego\* nr: \_\_\_\_\_  
d. wyniku badania autopsyjnego\* nr: \_\_\_\_\_

Do odbioru dokumentacji upoważniony/a jest:

\_\_\_\_\_ (imię, nazwisko, adres)  
legitymujący/a się: \_\_\_\_\_, numer kontaktowy: \_\_\_\_\_  
(nazwa i numer dokumentu tożsamości)

**Wypożyczoną dokumentację zobowiązuję się zwrócić wraz z wynikiem badania konsultacyjnego w terminie do:**  
\_\_\_\_\_ (maks. 30 dni).

\_\_\_\_\_ (data, pieczęćka i czytelny podpis osoby wystawiającej wniosek)

Potwierdzam odbiór niżej wymienionej dokumentacji:

	Liczba	Numery
Preparatów histo-/cytologicznych*		
Bloczków parafinowych*		
Wyniku badania histo-/cytopatologicznego*		
Wyniku badania autopsyjnego*		

\_\_\_\_\_ (podpis pracownika ZP wydającego dokumentację medyczną)

\_\_\_\_\_ (data i czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru)

Potwierdzam zwrot ww. dokumentacji pacjenta: \_\_\_\_\_

Materiał zwrócony w całości: **TAK / NIE\***

Dostarczono wynik badania konsultacyjnego: **TAK / NIE\***

Data zwrotu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (data i czytelny podpis osoby potwierdzającej zwrot wypożyczonej dokumentacji)

\*właściwe podkreślić