



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:

### Dane pacjenta:

\_\_\_\_\_ wiek: \_\_\_\_\_, płeć: **K / M**, nr PESEL: \_\_\_\_\_  
(imię, nazwisko)  
numer kontaktowy \_\_\_\_\_, numer dowodu tożsamości: \_\_\_\_\_

### Rodzaj dokumentacji (materiału):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji (jeżeli dotyczy):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(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. 3 miesiące).

\_\_\_\_\_  
(data, pieczęćka [jeżeli dotyczy] i czytelny podpis osoby sporządzającej wniosek)

\*właściwe zakreślić