



Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
Zakład Patomorfologii
ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków

Pieczęć nagłówkowa podmiotu leczniczego
reprezentowanego przez lekarza składającego wniosek

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)

Oświadczam*, że jestem:

- ☐ Lekarzem podmiotu leczniczego, który zlecił i skierował na badanie
☐ Lekarzem podmiotu leczniczego w którym prowadzone jest dalsze leczenie pacjenta
☐ Lekarzem podmiotu leczniczego w którym prowadzone są dalsze badania materiału pobranego ze zwłok

Wypożyczoną dokumentację zobowiązuję się zwrócić wraz z wynikiem badania konsultacyjnego w terminie do:

_____ (maks. 3 miesiące).

(data, pieczęć [jeżeli dotyczy] i czytelny podpis lekarza sporządzającego wniosek)

*właściwe zakreślić