SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

WNIOSEK nr _____ / _____

O UDOSTĘPNIENIE BLOCZKÓW PARAFINOWYCH / PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH / PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH*

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Numer dokumentu tożsamości	
Telefon kontaktowy	

Dane przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej (*jeżeli dotyczy)*

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Numer dokumentu tożsamości	
Telefon kontaktowy	

WNOSZĘ O UDOSTĘPNIENIE:

☐ Bloczków parafinowych ☐ Preparatów histopatologicznych ☐ Preparatów cytologicznych

UWAGI:

Zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych bloczków parafinowych / preparatów histopatologicznych / preparatów cytologicznych objętych niniejszym wnioskiem, wraz z kopią wyników badań do celów których nastąpiło udostępnienie. Oświadczam, że w przypadku zagubienia ww. materiałów nie będę rościć pretensji do Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

…… miejscowość, data

…… czytelny podpis Wnioskodawcy

INFORMACJE O REALIZACJI WNIOSKU

Data udostępnienia:	
Ilość bloczków / preparatów	
Numery bloczków / preparatów	
UWAGI:	

…… data i czytelny podpis Wnioskodawcy/ osoby odbierającej materiał

…… autoryzacja pracownika Pracowni Histopatologicznej

Data zwrotu:

…… autoryzacja pracownika Pracowni Histopatologicznej