Załącznik nr 1 do WSZ/DL/P/……../2021

……………………………………………………..……………..

(pieczątka nagłówkowa jednostki wypożyczającej)

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ**

**Prosimy o wypożyczenie/sporządzenie odpisu niżej wymienionej dokumentacji pacjenta:**

**Imię i Nazwisko** ……………………………………………………………………………………………..……………………..

Wiek ………………………………….. płeć ……………………………………… PESEL ………………………………..

**a. preparatów histo-/cytologicznych nr: ………………………………..………….**

**b. bloczków parafinowych nr: ………………………………..………….**

**c. wyniku badania histo-/cytopatologicznego nr: …………………………………..……….**

**d. wyniku badania autopsyjnego nr: …………………………………….……..**

**Do odbioru dokumentacji upoważniona/y jest: ……………………………………………...…………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

*(Imię i nazwisko, adres)*

**Legitymująca/y się: …………………………………………………………………………………..………………………**

*(Nazwa i numer dokumentu tożsamości)*

**Wypożyczoną dokumentację zobowiązuję się zwrócić w terminie do ………………………………..**

*(maks. 30 dni)*

**-----------------------------------------------------------------------**

*(Data, pieczątka i czytelny podpis osoby wystawiającej wniosek)*

**Potwierdzam odbiór niżej wymienionej dokumentacji pacjenta:**

………………………………………………………….…………………………………………………………………………………..

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

Warunki przechowywania:

1. Temperatura pokojowa (nie nagrzewać)
2. Uwaga szkło – ostrożnie

…………………………………………………………………………………….

*(Data i podpis osoby upoważnionej do odbioru)*