



**Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny**  
**im. Ks. B. Markiewicza**  
 36-200 Brzozów, ul. Ks. J. Bielawskiego 18  
 REGON: 000304473  
**ZAKŁAD PATOMORFOLOGII**

## WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ I MATERIAŁU BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH

Dane pacjenta lub dane jednostki wypożyczającej: .....

Prosimy o wypożyczenie/sporzządzenie odpisu\* niżej wymienionej dokumentacji i/lub materiału\* pacjenta:

Imię: ..... Nazwisko: ..... PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Preparatów histo-/cytologicznych\*: numer: .....
- Bloczków parafinowych\*: numer: .....
- Wyniku badania histo-cytopatologicznego\*: numer: .....
- Wyniku badania autopsyjnego\*: numer: .....
- Innego materiału: proszę wskazać rodzaj: .....

W celu\*:

- konsultacji (nazwa ośrodka konsultacyjnego): .....
- badań predykcyjnych
- badań klinicznych
- inny cel (proszę wskazać): .....

Do odbioru dokumentacji/materiału upoważniony/-a jest:

Imię: ..... Nazwisko: ..... Nr telefonu: .....

Adres: .....

Nazwa i numer dokumentu tożsamości: .....

Wypożyczoną dokumentację/materiał zobowiązuje się zwrócić w terminie do maksymalnie 3 miesięcy.

Data i czytelny podpis osoby występującej z wnioskiem: .....

\* - właściwe zaznaczyć

Potwierdzam odbiór niżej wymienionej dokumentacji/materiału pacjenta:

| <b>Wypożyczono</b>                         | <b>Numery</b> | <b>Liczba</b> |
|--|---------------|---------------|
| Preparaty histo-/cytologiczne*             |               |               |
| Bloczki parafinowe*                        |               |               |
| Wynik badania histo-<br>/cytopatologiczne* |               |               |
| Wynik badania autopsyjnego*                |               |               |
| Inny materiał* (wskazać jaki)              |               |               |

\* - właściwe zaznaczyć

Przygotowano do wydania w dniu .....

Podpis pracownika Zakładu Patomorfologii .....

Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej do odbioru: .....

### **Zwrot materiału**

Data i podpis pracownika Zakładu Patomorfologii: .....