



Specjalistyczny Szpital
Miejski im. M. Kopernika
w Toruniu

Zakład Patomorfologii
ul. Stefana Batorego 17-19
87-100 Toruń
tel.: (56) 61-00-285
e-mail: histopat@med.torun.pl

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ
Z ZAKŁADU PATOMORFOLOGII SSM W TORUNIU**

WNIOSKUJĘ:

☒	w imieniu własnym	☒	jako osoba upoważniona przez pacjenta
☒	jako przedstawiciel ustawowy	☒	jako osoba upoważniona przez zmarłego
☒	jako podmiot leczniczy		

1. Dane wnioskodawcy (wypełnia wnioskodawca):

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu:	PESEL (jeżeli osoba fizyczna): <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Data urodzenia: <table><tr><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>D</td><td>D</td></tr></table>											R	R	R	R	-	M	M	-	D	D
R	R	R	R	-	M	M	-	D	D												

Dane kontaktowe:

Kod pocztowy:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-				Miejscowość:	
			-							
Ulica:				Nr domu/lokalu:						
Nr tel.:			E-mail:							

2. Dane pacjenta (wypełnia wnioskodawca, jeżeli dane są inne niż wyżej podane):

Imię i nazwisko pacjenta:				PESEL: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Płeć:	☒ Kobieta	☒ Nieokreślona	Data urodzenia: <table><tr><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>D</td><td>D</td></tr></table>		R	R	R	R	-	M	M	-	D	D
R	R	R			R	-	M	M	-	D	D			
	☒ Mężczyzna	☒ Nieznana												

DO WYPOŻYCZENIE:		W CELU:	
☒	preparatów histopatologicznych	☒	konsultacji
☒	preparatów cytologicznych	☒	badań molekularnych
☒	błoczków parafinowych	☒	Innym.....

BADANIA NR:

3. Sposób odbioru dokumentacji (wypełnia wnioskodawca):

☒	wnioskodawca osobiście	☒	osoba upoważniona
-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------------------

4. Potwierdzenie wypożyczenia dokumentacji (wypełnia pracownik ZP SSM):				
Data wpływu wniosku:				Data wypożyczenia dokumentacji:
☒	Nr preparatu histologicznego:			Liczba preparatów:
☒	Nr preparatu cytologicznego:			Liczba preparatów:
☒	Nr bloczka parafinowego:			Liczba bloczków:
Uwagi:			Podpis pracownika ZP SSM:	
5. Potwierdzenie odbioru dokumentacji (wypełnia wnioskodawca):				
☒	Potwierdzam odbiór wypożyczonej dokumentacji patomorfologicznej zgodnie z wnioskiem			Data i czytelny podpis wnioskodawcy:
	z dnia			
☒	Zobowiązuję się do zwrotu wypożyczonej dokumentacji wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym			
☒	Oświadczam, że w przypadku zagubienia dokumentacji nie będę rościć pretensji do Szpitala			

6. Potwierdzenie zwrotu dokumentacji (wypełnia pracownik ZP SSM):				
Data zwrotu:				
☒	Nr preparatu histologicznego:			Liczba preparatów:
☒	Nr preparatu cytologicznego:			Liczba preparatów:
☒	Nr bloczka parafinowego:			Liczba bloczków:
Uwagi:			Podpis pracownika ZP SSM:	

UWAGA:

Wniosek wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

Czas przygotowania dokumentacji do wypożyczenia wynosi do 3 dni.

Dokumentację (bloczki parafinowe i preparaty histopatologiczne) przechowywać w temperaturze pokojowej, unikać bezpośredniego narażenia na światło słoneczne.