



Wnioskodawca:

.....
.....

Proszę o wypożyczenie bloczków parafinowych i/lub preparatów histologicznych/cytologicznych

pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Numer pesel:.....

- Preparatów histo-/cytologicznych*

Numer preparatu.....

Bloczków parafinowych *

Numer bloczka:.....

- Innego materiału (proszę wskazać rodzaj)

- w celu*:

- Konsultacji (nazwa ośrodka konsultującego)

.....

- Badań predykcyjnych

- Badań klinicznych

- Inny cel (proszę wskazać jaki).....

Do odbioru materiału upoważniony/-a jest:

Imię i nazwisko.....

Nazwa i adres ośrodka konsultacyjnego/Kliniki/Oddziału**.....

Adres zamieszkania***.....

Legitymujący/-a się

(Nazwa i numer dokumentu tożsamości)***:.....



Wypożyczone bloczki parafinowe i/lub preparaty histologiczne/cytologiczne* zobowiązują się zwrócić w terminie do maksymalnie 3 miesięcy wraz z wynikiem badania konsultacyjnego. Osoba wypożyczająca bloczki parafinowe i/lub preparaty histologiczne/cytologiczne ponosi wyłączną odpowiedzialność za ich zgubienie lub uszkodzenie. Uszkodzone lub zgubione bloczki parafinowe i/lub preparaty histologiczne/cytologiczne nie podlegają odtworzeniu.

* Właściwe zakresić

** Jeśli dotyczy (Uzupełnić dane w przypadku składania wniosku przez: podmiot wykonujący działalność leczniczą, którego lekarz zlecił i skierował na badanie / inny podmiot wykonujący działalność leczniczą, prowadzący dalsze leczenie pacjenta albo wykonujący dalsze badania materiału pobranego ze zwłok)

*** Jeśli dotyczy (Uzupełnić dane w przypadku składania wniosku przez: pacjenta, od którego pobrano materiał/przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej/osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta)

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

Data i podpis osoby uprawnionej do odbioru bloczka parafinowego i /lub preparatu histologicznego/cytologicznego

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