



....., dnia

1. **WNIOSKODAWCA** (wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Imię i nazwisko	
Pesel	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą	
Adres (ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	
Telefon/e-mail	

Proszę o udostępnienie dokumentacji histopatologicznej: (właściwe zaznaczyć x)

- Bloczki parafinowe
- Preparaty histopatologiczne
- Preparaty cytologiczne

2. **DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK**

(wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

Imię i nazwisko pacjenta	
Data urodzenia	
Pesel	
Adres (ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	

3. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI** (właściwe zaznaczyć x)

- Wniosek składa pacjent, od którego pobrano materiał,
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, od którego pobrano materiał
- Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta, od którego pobrano materiał
- Wniosek składa osoba upoważniona przez zmarłego pacjenta
- Wniosek składa podmiot, którego lekarz zlecił i skierował na badanie
- Wniosek składa podmiot, prowadzący dalsze leczenie pacjenta albo wykonujący dalsze badania materiału pobranego ze zwłok

4. **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji histopatologicznej w Zakładzie Patomorfologii oraz zobowiązuję się do jej niezwłocznego zwrotu po wykorzystaniu.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)