

**Do Zakładu Patomorfologii**  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im Stefana Kardynała Wyszyńskiego  
w Lublinie

WNIOSEK Nr.....

**O UDOSTĘPNIENIE BLOCzków PARAFINOWYCH/ PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/  
PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH**

**1. Dane pacjenta:**

imię i nazwisko .....

numer PESEL .....  
(w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL – nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

adres zamieszkania .....

**2. Proszę o udostępnienie:**

☐ bloków parafinowych

☐ preparatów histopatologicznych

☐ preparatów cytologicznych

ilość bloków / preparatów .....

numery bloków / preparatów .....

**3. Sposób odbioru**

☐ osobiście przez pacjenta

☐ przez osobę upoważnioną

☐ przez podmiot leczniczy

**4. Dane osoby upoważnionej / przedstawiciela ustawowego / wnioskodawcy (jeżeli dotyczy)**

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

dane dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

**5. Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą / wnioskodawcy (jeżeli dotyczy)**

nazwa podmiotu .....

adres podmiotu .....

Oświadczam, że zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych bloków parafinowych/preparatów histopatologicznych/preparatów cytologicznych po zrealizowaniu celu ich udostępnienia.

miejsowość, data

czytelny podpis osoby uprawnionej do odbioru

**Uwaga!** W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody należy wpisać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego