Załącznik nr 1 do instrukcji I/ZJ1 LPT

SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1
IM. DR. ANTONIEGO JURASZA
W BYDGOSZCZY 1937

Zakład Patomorfologii Klinicznej
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel. 52/ 585 42 07, email: patomorfologia@jurasza.pl

Bydgoszcz, ...r.

DANE PACJENTA LUB JEDNOSTKI WYPOŻYCZAJĄCEJ:

.....

.....

.....

Tel. .....

DANE PACJENTA ***(KTÓREGO DOTYCZY WYPOŻYCZENIE)***

Imię i nazwisko..... **PESEL** .....

Nr dowodu tożsamości.....

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI BADANIA PATOMORFOLOGICZNEGO

- ☐ Odpis wyniku badania nr .....
- ☐ Bloczki parafinowe nr .....
- ☐ Preparaty nr .....
- ☐ Materiał biologiczny nr .....

CEL WYPOŻYCZENIA:

- ☐ Konsultacja
- ☐ Badania molekularne
- ☐ Badania kliniczne
- ☐ Ocena w drugim ośrodku referencyjnym
- ☐ Inne:.....

Oświadczam, iż wnioskowany materiał otrzymałem/łam i zobowiązuję się do zwrotu wypożyczonego materiału niezwłocznie po ich wykorzystaniu (do 3 miesięcy) oraz wyrażam zgodę na odesłanie wyniku konsultacji do Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego 1 im. dr A. Jurasza ul. M. Skłodowskiej- Curie 9, 85-094 Bydgoszcz.
Oświadczam, że w przypadku zagubienia ww. materiału nie będę rościć pretensji do Szpitala Uniwersyteckiego.

Preparaty histopatologiczne i bloki parafinowe z zatopioną w nich tkanką stanowią unikatowy i niepowtarzalny materiał diagnostyczny, będący jednocześnie unikatową dokumentacją medyczną. Oświadczam, że jestem w pełni świadomy/a, iż w przypadku niezwrócenia wypożyczonych preparatów i/lub bloków może być znacznie utrudniona lub nawet niemożliwa dalsza rozszerzona diagnostyka i/lub leczenie.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej do odbioru wypożyczenia

.....

Data i podpis lekarza zatwierdzającego wypożyczenie