

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH

Załącznik 2/P1-EŚM

Edycja 5  
z dnia 12.12.2025

Na podstawie: Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.

**WNIOSKUJĄCY:**

- ☐ Pacjent
 ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta
 ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta (upoważnienie należy załączyć do niniejszego wniosku)
 ☐ Podmiot udzielający świadczeń medycznych

**DANE WNIOSKUJĄCEGO:**

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu: \_\_\_\_\_

PESEL / KRS / NIP: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**WNIOSKUJĘ O WYDANIE**

- ☐ preparatów histopatologicznych lub/i cytologicznych, nr badania: \_\_\_\_\_  
☐ bloczków parafinowych z materiałem histologicznym i/lub cytologicznym, nr badania: \_\_\_\_\_  
☐ inne, jakie \_\_\_\_\_  
☐ wraz z odpisem wyniku badania  
☐ cel wypożyczenia preparatów/bloczków (np. konsultacja w innym ośrodku; do badań genetycznych itd): \_\_\_\_\_

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej:**

- ☐ osobiście
 ☐ za pośrednictwem osoby upoważnionej

**Dane osoby odbierającej:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

PESEL\* \_\_\_\_\_

Dokumentację medyczną należy **odebrać osobiście lub za pośrednictwem osoby upoważnionej** (przy odbiorze należy przedłożyć upoważnienie).

**Zobowiązuję się zwrócić oryginały wyżej wymienionych wypożyczonych preparatów niezwłocznie po ich wykorzystaniu.**

.....  
data i podpis wnioskującego

## WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA WYDAJĄCY DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

### Wydana dokumentacja medyczna zawierała:

- ☐ Preparaty szkiełkowe w liczbie \_\_\_\_\_
- ☐ Bloczki parafinowe w liczbie \_\_\_\_\_
- ☐ Inne, jakie \_\_\_\_\_

### Zgodnie z upoważnieniem pacjenta z dnia \_\_\_\_\_

- ☐ **Wydano** dokumentację medyczną
- ☐ **Nie wydano** dokumentacji medycznej (z badania histologicznego i cytologicznego z powodu: \_\_\_\_\_)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z ww. wnioskiem i/lub z upoważnieniem stwierdzam na podstawie okazania:

\_\_\_\_\_  
*imienia, nazwiska, PESEL \**

.....  
*data i czytelny podpis pracownika*

### Oświadczam, że otrzymałem/am oryginał dokumentacji medycznej w postaci:

.....  
*data i czytelny podpis odbierającego*

## ZWROT DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwrócono dokumentację medyczną dn.: \_\_\_\_\_

- ☐ Preparatów szkiełkowych w liczbie \_\_\_\_\_
- ☐ Bloczków parafinowych w liczbie \_\_\_\_\_
- ☐ Inne, jakie \_\_\_\_\_
- ☐ Zwrócono **kompletną** dokumentację medyczną
- ☐ Zwrócono **niekompletną** dokumentację medyczną

### Spis brakującej dokumentacji medycznej:

.....  
.....

### Uwagi:

.....  
.....

.....  
*data i czytelny podpis pracownika*

.....  
*data i czytelny podpis odbierającego*

\* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość