



WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE WYNIKÓW BADAŃ

Wnioskodawca:

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam. Tel. kontaktowy

Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta*)

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam.

Dotyczy – leczenia w Poradni /Oddziale, inne
(wpisać nazwę komórki)

Proszę o wypożyczenie zdjęć/preparatów:

☐ RTG ☐ MRI ☐ TK ☐ Mammografii ☐ Preparatów histopatologicznych / cytologicznych

☐ Bloczków parafinowych sztuk

Zobowiązuję się zwrócić wypożyczone zdjęcia / preparaty w terminie do

Oświadczam, że w przypadku zagubienia ww. zdjęć /preparatów nie będę rościł/a pretensji do Szpitala.

*) wypełnić w sytuacji gdy wnioskodawca występuje jako rodzic dziecka do 18rż, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona

.....
data i czytelny podpis osoby wnioskującej

strona 1 z 2



WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE WYNIKÓW BADAŃ

Wnioskodawca:

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam. Tel. kontaktowy

Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta*)

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam.

Dotyczy – leczenia w Poradni /Oddziale, inne
(wpisać nazwę komórki)

Proszę o wypożyczenie zdjęć/preparatów:

☐ RTG ☐ MRI ☐ TK ☐ Mammografii ☐ Preparatów histopatologicznych / cytologicznych

☐ Bloczków parafinowych sztuk

Zobowiązuję się zwrócić wypożyczone zdjęcia / preparaty w terminie do

Oświadczam, że w przypadku zagubienia ww. zdjęć /preparatów nie będę rościł/a pretensji do Szpitala.

*) wypełnić w sytuacji gdy wnioskodawca występuje jako rodzic dziecka do 18rż, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona

.....
data i czytelny podpis osoby wnioskującej

strona 1 z 2

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....
data i czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację

strona 2 z 2

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....
data i czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację

strona 2 z 2