

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ
Z ZAKŁADU PATOMORFOLOGII SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W
CHOJNICACH**

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta - w przypadku, gdy Pacjentem jest osoba niepełnoletnia lub osoba ubezwłasnowolniona / ubezwłasnowolniona częściowo na podstawie orzeczenia sądu

Imię i nazwisko:

PESEL:

Upoważniam do odbioru (właściwe zaznaczyć) :

- ☐ wyniku badania histo-/cytologicznego - numer:.....
- ☐ preparatów histo-/cytologicznych – numer:.....
- ☐ bloczków parafinowych - numer:.....

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

.....
DATA i czytelny PODPIS PACJENTA (przedstawiciela ustawowego Pacjenta)