

Rzeszów, dn.

.....
Pieczętka placówki kierującej

.....
Jednostka kierująca

**Do Klinicznego Zakładu Patomorfologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie
ul. Rycerska 2, 35-241 Rzeszów**

SKIEROWANIE NA BADANIE SEKCYJNE

Imię i nazwisko zmarłego:.....Płeć:.....

Data urodzenia:..... PESEL*:

Ostatni adres zamieszkania:.....

Data przyjęcia do szpitala

Rozpoznanie kliniczne

.....
.....
.....
.....
.....

Data i godzina zgonu:.....

Data i godzina zatrzymania krążenia po pobraniu narządów do przeszczepu (jeżeli dotyczy).....

Lekarz kierujący materiałem (pieczętka i podpis):

*w przypadku noworodka – nr PESEL matki; w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona – imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres.