



Uniwersytecki Szpital Kliniczny 4 w Lublinie
Nazwa zakładu leczniczego
Nazwa jednostki organizacyjnej
Nazwa komórki organizacyjnej
20-090 Lublin, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8
tel. 81 72-44-226 lub 81 72-44-227
R E G O N 0 0 0 2 8 8 7 5 1
kod resort. (cz. I/V/VII/VIII)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Zakład Patomorfologii
ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin
tel. (+48) 81-448-65-30, 781-881-068 fax. 81-448-65-50
e-mail: histopatologia@usk4.lublin.pl www.usk4.lublin.pl

Miejsce na nalepkę
(nr badania)

SKIEROWANIE NA BADANIE SEKCYJNE

DANE OSOBOWE ZMARŁEGO PACJENTA:		
		PŁEĆ: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nieznana ☐ Nieokreślona
DATA URODZENIA:	PESEL*):	
ADRES:		
Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)		
Data przyjęcia do szpitala:	Data i godzina zgonu:	Data skierowania na sekcję zwłok:
Rozpoznanie kliniczne:		
		Kod ICD-10:
Wykaz dołączonej dokumentacji medycznej:		
..... 		
Osoba upoważniona do odbioru protokołu sekcijnego i dokumentacji medycznej:		
Telefon kontaktowy do lekarza kierującego na sekcję:		Pieczętka i podpis lekarza kierującego

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRACOWNIKÓW PROSEKTORIUM:

Zgodność danych na skierowaniu z opaską identyfikacyjną zmarłego

Data i godzina zgłoszenia sekcji	Data i godzina przyjęcia zwłok do prosektorium	Pieczętka i podpis osoby przyjmującej zwłoki do prosektorium: