

| | |
|---|--|
| Nr w Księdze Głównej Przyjęć i Wypisów Szpitala i numer Księgi: | |
| Nr w Księdze Chorych Oddziału i numer Księgi: | |

| |
|--|
| KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK/SZCZĄTKÓW |
|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| do chłodni celem przechowania | |
| do sekcji zwłok | |

| |
|--------------------|
| Ośrodek kierujący: |
|--------------------|

| | |
|--|--|
| Zakład Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków |  SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE |
|--|--|

| | |
|-----------------|--|
| Imię i Nazwisko | |
| PESEL | |

W przypadku braku PESEL seria, nr dokumentu stwierdzającego tożsamość _____

| | |
|---|---------|
| Ostatnie miejsce zamieszkania zmarłego | |
| Data przyjęcia pacjenta do szpitala | |
| Data , godz., min., zgodnu: | |
| Data i godzina skierowania zwłok do chłodni | /sekcji |

| |
|--|
| Imię nazwisko, podpis wypełniającego kartę |
|--|

| |
|---|
| imię nazwisko, podpis odbierającego zwłoki z oddziału |
|---|

| | |
|---|--|
| Data, godzina przyjęcia zwłok do chłodni: | |
| Dokumenty przekazane wraz ze zwłokami: | |

| | | | | |
|---------------------|--------------|--|--------------------------------|--|
| Proszę o wykoanie : | sekcji zwłok | | sądowo-lekarskiej sekcji zwłok | |
|---------------------|--------------|--|--------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Rozpoznanie kliniczne (przyczyna zgodnu): | |
| Epikryza (w przypadku skierowania zwłok do sekcji): | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| potwierdzam prawidłowe oznaczenie worka transportowego | |
| Data: | |

| |
|---|
| Imię nazwisko, podpis przyjmującego zwłoki do chłodni |
|---|