

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ****I. DANE WNIOSKODAWCY**

jestem: **pacjentem** (w tej sytuacji nie wypełniać cz. I.), **przedstawicielem ustawowym**, **osobą upoważnioną przez pacjenta**, **reprezentuję podmiot leczniczy** (nazwa podmiotu):

.....
 osoba bliska* (wyłącznie po śmierci pacjenta)

Nazwisko:

Imię:

Nazwa podmiotu/dane lekarza wnioskującego oraz nr PWZ

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

II. DANE PACJENTA

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

III. Dokumentacja

(zaznaczyć odpowiednio)

Wnioskuje o wypożyczenie/ sporządzenie odpisu:

- preparatów histo-/cytologicznych, numer.....
 bloczków parafinowych, numer.....
 wyniku badania histo/cytopatologicznego.....
 inne, jakie.....

Cel wypożyczenia:

- konsultacja (nazwa ośrodka).....
 badania predykcyjne.....
 badania kliniczne.....
 inny cel (proszę wskazać).....

Forma udostępnienia i sposób odbioru dokumentacji:

Sposób udostępnienia:

- odbiór osobisty,
 odbiór przez osobę upoważnioną/przedstawiciela ustawowego,

.....
nazwisko, imię, osoby upoważnionej

- przesyłka pocztowa/kurierska na adres wnioskodawcy:

.....
Zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych bloczków parafinowych/preparatów histopatologicznych objętych niniejszym wnioskiem oraz (jeżeli dotyczy), do pokrycia kosztów przesyłki, zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej/firmy kurierskiej.

Data i czytelny podpis osoby występującej z wnioskiem:.....

Weryfikacja tożsamości osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej została potwierdzona na podstawie zapisów procedury „pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej”

Data i podpis pracownika Centrum **weryfikującego tożsamość** wnioskodawcy:



Potwierdzam odbiór niżej wymienionej dokumentacji/materiału pacjenta:

WYPOŻYCZONO	LICZBA	NUMERY
Preparaty histo-/cytologiczne		
Bloczki parafinowe		
Wynik badania histo- /cytopatologicznego		
Inny materiał (wskazać jaki)		

.....
*Data, czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej do odbioru
(wypełnić w przypadku odbioru osobistego)*

Data, czytelny podpis pracownika Centrum udostępniającego dokumentację:

..... / / r.

.....