PR15.4\_P18.W3\_F1\_W1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\marcin.ozygala\Desktop\LOGO\logo.png** | **Zakład Patomorfologii Nowotworów****02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5tel. 22 546 31-55, 22 546 23-69****02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15****Tel.22 570 92 02, 22 570 92 85** | **................../............................**Numer wniosku |
| **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE** **BLOCZKÓW PARAFINOWYCH/ PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/ CYTOLOGICZNYCH** |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY** *(wypełnia wnioskodawca)*
 |
| ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Imię i nazwisko wnioskodawcy/Nazwa podmiotu wnioskującego | Data wypełnienia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

 |
| ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Adres wnioskodawcy | ............................................................................................................................................................ Adres e-mail wnioskodawcy |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL wnioskodawcy (jeżeli osoba fizyczna) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer telefonu kontaktowego |
| Działając: 🞏 w imieniu własnym lub jako: 🞏 przedstawiciel ustawowy 🞏 osoba upoważniona przez zmarłego  🞏 osoba upoważniona przez pacjenta 🞏 podmiot leczniczy |
| 1. **DANE PACJENTA** *(wypełnia wnioskodawca w przypadku gdy dane są inne niż powyżej)*
 |
| .................................................................................................................................................................................................Imię (imiona) i nazwisko pacjenta | Płeć: 🞏 Kobieta 🞏 Mężczyzna 🞏 Nieokreślona 🞏 Nieznana |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) |
| 1. **ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** *(wypełnia wnioskodawca)*
 |
| **Wnioskuję o udostępnienie:** 🞏 preparatów histopatologicznych nr .........................................  🞏 preparatów cytologicznych nr ..........................................  🞏 bloczków parafinowych nr ......................................... 🞏 innego materiału *(proszę wskazać rodzaj)* ......................................................................................**Cel wypożyczenia:** 🞏 konsultacja *(nazwa ośrodka konsultującego)* ............................................................................................... 🞏 badań predykcyjnych 🞏 badań klinicznych 🞏 inny cel *(proszę wskazać)* ................................................................................................ |
| 1. **SPOSÓB ODBIORU** *(wypełnia**wnioskodawca)*
 |
| 🞏 Wnioskodawca osobiście🞏 Osoba upoważniona 🞏 Pocztą na adres w Polsce (dotyczy podmiotów leczniczych) | Adres:............................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  ................................................................ Data i czytelny podpis wnioskodawcy |
| 1. **POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

*(wypełnia pracownik ZdPN udostępniający dokumentację)* |
| **Wypożyczono:** | **Liczba:** | **Numery:** |
|  | □ preparaty histopatologiczne  |  |  |
|  | □ preparaty cytologiczne  |  |  |
|  | □ bloczki parafinowe  |  |  |
|  | □ inny materiał *(wskazać jaki)*  |  |  |
| Data wpływu wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

  | Data udostępnienia dokumentacji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

 | Podpis pracownika ZdPN: |
| Uwagi dotyczące udostępnienia: |
| 1. **POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** *(wypełnia**wnioskodawca)*
 |
| 🞏 Potwierdzam, że zgodnie z wnioskiem, w dniu………………………….została mi udostępniona dokumentacja medyczna.🞏 Wypożyczoną dokumentację/ materiał zobowiązuję się zwrócić w terminie maksymalnie do 3 miesięcy po terminie wypożyczenia wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym. .......................................................................................................... Data i czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej do odbioru |
| 1. **POTWIERDZENIE ZWROTU** *(wypełnia pracownik ZdPN odpowiedzialny za obsługę zwrotu)*
 |
| Data zwrotu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

  | Liczba preparatów:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 | Liczba bloczków:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
| Uwagi dotyczące zwrotu: | Podpis pracownika ZdPN: |

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

🞏 właściwe zaznaczyć