PR15.4\_P18.W3\_F1\_W1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C:\Users\marcin.ozygala\Desktop\LOGO\logo.png** | | **Zakład Patomorfologii Nowotworów**  **02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 tel. 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