



Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
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

WNIOSEK Nr...../.....

O UDOSTĘPNIENIE BLOCzków PARAFINOWYCH/PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/CYTOLOGICZNYCH

I. DANE WNIOSKODAWCY (wypełnia wnioskodawca)

..... Imię i nazwisko wnioskodawcy/Nazwa podmiotu wnioskującego		Data wypełnienia wniosku: RRRR - MM - DD
..... 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

II. DANE PACJENTA (wypełnia wnioskodawca w przypadku gdy dane są inne niż powyżej)

..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
..... Numer PESEL Numer PID (w przypadku pacjenta COI)	RRRR - MM - DD Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

III. ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wypełnia wnioskodawca)

Wnioskuję o udostępnienie:

- Bloczków parafinowych
 Preparatów histopatologicznych
 Preparatów cytologicznych

Numer badania (o ile jest znany):.....

IV. SPOSÓB ODBIORU (wypełnia wnioskodawca)

<input type="checkbox"/> Wnioskodawca osobiście <input type="checkbox"/> Osoba upoważniona <input type="checkbox"/> Poczta na adres wysyłkowy w Polsce (dotyczy podmiotów leczniczych)	Adres wysyłkowy w Polsce w przypadku podmiotu leczniczego:
--	--

Preparaty histopatologiczne i bloki parafinowe z zatopioną w nich tkanką stanowią unikatowy i niepowtarzalny materiał diagnostyczny, będący jednocześnie unikatową dokumentacją medyczną. Zobowiązuje się do zwrotu udostępnionych bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych i preparatów cytologicznych wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym.

Czytelny podpis wnioskodawcy:

V. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*(wypełnia pracownik ZPiDL udostępniający dokumentację)*

Data wpływu wniosku: RRRR - MM - DD	Data udostępnienia dokumentacji: RRRR - MM - DD	Liczba preparatów: □□	Liczba blozków: □□
Uwagi dotyczące udostępnienia:		Podpis pracownika ZPiDL:	

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ *(wypełnia wnioskodawca)*

- Potwierdzam, że zgodnie z wnioskiem, w dniu.....została mi udostępniona dokumentacja medyczna.
- Zostałam/zostałem pouczony o obowiązku zwrotu udostępnionej dokumentacji i zobowiązuje się do jej zwrotu wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym.

VII. POTWIERDZENIE ZWROTU *(wypełnia pracownik ZPiDL odpowiedzialny za obsługę zwrotu)*

Data zwrotu: RRRR - MM - DD	Liczba preparatów: □□	Liczba blozków: □□
Uwagi dotyczące zwrotu:	Podpis pracownika ZPiDL:	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

- właściwe zaznaczyć