



**Instytut
Matki i Dziecka**

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa, e-mail: zaklad.patomorfologii@imid.med.pl, Tel. + 48 22 32 77 259,
NIP:525 000 84 71 REGON:000 288 395 KRS:0000050095
Kod resortowy: Cz.I kodu resortowego: 000000018580 Cz.V kodu resortowego:17 Cz.VII kodu resortowego:66
Kierownik: Dr.n.med. Michał Pyzlak

Nr...../.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH / PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH / BLOKÓW PARAFINOWYCH

BADANIE NR

I. DANE WNIOSKODAWCY

Data wypełnienia wniosku:

RRRR - MM - DD

Imię i nazwisko wnioskodawcy/Nazwa podmiotu wnioskującego

Adres wnioskodawcy

Adres e-mail wnioskodawcy

Numer PESEL wnioskodawcy (jeżeli osoba fizyczna)
Seria i numer paszportu (Obcokrajowy)

Numer telefonu kontaktowego

Działając jako: w imieniu własnym lub jako: przedstawiciel ustawowy osoba upoważniona przez zmarłego
 osoba upoważniona przez pacjenta podmiot leczniczy rodzic opiekun faktyczny

II. DANE PACJENTA

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

III. ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o udostępnienie: Preparatów histopatologicznych Preparatów cytologicznych Bloków parafinowych
 Odpisu raportu/wyniku badania patomorfologicznego

Materiały wymienione powyżej udostępniane są:

- w celu dalszej diagnostyki lub leczenia (miejsce).....
 w innym celu

IV. SPOSÓB ODBIORU

Wnioskodawca osobiście Osoba upoważniona Poczta na adres korespondencyjny w Polsce (dotyczy tylko podmiotów leczniczych) Przesłanie na koszt Wnioskodawcy za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres korespondencyjny

Adres korespondencyjny:

.....
.....

Zgodnie z § 4. ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 roku w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. 2017, poz. 2435), zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych preparatów mikroskopowych i/lub bloczków parafinowych, po wykorzystaniu, wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym. Zobowiązuję się jednocześnie do poniesienia kosztów udostępnienia, ochrony i odpowiedniego przechowywania udostępnionej dokumentacji medycznej (preparatów mikroskopowych i/lub bloczków parafinowych oraz odpisu wyniku badania patomorfologicznego), a także poniesienia wszelkich konsekwencji związanych z udostępnieniem, utratą, bądź zniszczeniem tej dokumentacji, lub jej części.

V. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pracownik Zd.P. udostępniający dokumentację)

Data wpływu wniosku: RRRR - MM - DD	Data wypożyczenia dokumentacji: RRRR - MM - DD	Liczba preparatów: □□	Liczba bloczków: □□
Uwagi dotyczące wypożyczenia:		Podpis pracownika Zd.P:	

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wypełnia wnioskodawca)

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

.....
 Data Podpis wnioskodawcy

VII. POTWIERDZENIE ZWROTU (wypełnia pracownik Zd.P odpowiedzialny za obsługę zwrotu)

Data zwrotu: RRRR - MM - DD	Liczba preparatów: □□	Liczba bloczków: □□
Uwagi dotyczące zwrotu:	Podpis pracownika Zd.P:	