



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH

Załącznik 2/P1-EŚM

Edycja 4
z dnia 09.11.2021

Na podstawie: Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.

WNIOSKUJĄCY:

- Pacjent
 Przedstawiciel ustawowy pacjenta
 Osoba upoważniona przez pacjenta (**upoważnienie należy załączyć do niniejszego wniosku**)
 Podmiot udzielający świadczeń medycznych

DANE WNIOSKUJĄCEGO:

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu: _____

PESEL / KRS / NIP : _____

Adres: _____

Telefon: _____

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres: _____

Telefon: _____

WNIOSKUJĘ O WYDANIE

- preparatów histopatologicznych lub/i cytologicznych wykonanych dn. _____ z materiału: _____
- bloczków parafinowych z materiałem histologicznym i/lub cytologicznym wykonanych dn. _____ z materiału: _____
- inne, jakie _____
- wraz z odpisem wyniku badania

Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

- osobiście
 za pośrednictwem osoby upoważnionej

Dane osoby odbierającej:

Imię i nazwisko _____

Adres _____

PESEL* _____

Dokumentację medyczną należy **odebrać osobiście lub za pośrednictwem osoby upoważnionej** (przy odbiorze należy przedłożyć upoważnienie).

Zobowiązuję się zwrócić oryginały wyżej wymienionych wypożyczonych preparatów niezwłocznie po ich wykorzystaniu.

.....
data i podpis wnioskującego

WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA WYDAJĄCY DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

Wydana dokumentacja medyczna zawierała:

- Preparaty szkiełkowe w liczbie _____
- Bloczki parafinowe w liczbie _____
- Inne, jakie _____

Zgodnie z upoważnieniem pacjenta z dnia _____

- Wydano** dokumentację medyczną
- Nie wydano** dokumentacji medycznej (z badania histologicznego i cytologicznego z powodu:

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z ww. wnioskiem i/lub z upoważnieniem stwierdzam na podstawie okazania:

rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości

.....

data i czytelny podpis pracownika

Oświadczam, że otrzymałem/am oryginał dokumentacji medycznej w postaci:

.....

data i czytelny podpis odbierającego

ZWROT DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwrócono dokumentację medyczną dn.: _____

- Preparatów szkiełkowych w liczbie _____
- Bloczków parafinowych w liczbie _____
- Inne, jakie _____
- Zwrócono **kompletną** dokumentację medyczną
- Zwrócono **niekompletną** dokumentację medyczną

Spis brakującej dokumentacji medycznej:

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

data i czytelny podpis pracownika

.....

data i czytelny podpis odbierającego

* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość