



**Centrum Diagnostyki
Patomorfologicznej Sp. z o. o.**

ul. Gustawa Morcinka 5/11
01-496 Warszawa
www.patomorfologia.com
telefon: +48 69 0 69 62 69

KRS: 0000664320 | REGON: 36666206800012 | NIP: 5252701325 | Kod resortowy: (I) 000000192316; (V) 01; (VII) 001; (VIII) 7150

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej			
Numer wniosku: _____			
Dane wnioskodawcy			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL/ID:		Data urodzenia:	
Adres korespondencyjny:		
Telefon kontaktowy:			
Działając jako:			
pacjent (w imieniu własnym)	<input type="checkbox"/>	opiekun faktyczny	<input type="checkbox"/>
rodzic	<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona przez pacjenta	<input type="checkbox"/>
przedstawiciel ustawy	<input type="checkbox"/>	osoba upoważniona przez zmarłego	<input type="checkbox"/>
przedstawiciel podmiotu wykonującego działalność leczniczą, którego lekarz zlecił badanie			<input type="checkbox"/>
przedstawiciel podmiotu wykonującego działalność leczniczą, prowadzącego dalsze leczenie pacjenta albo wykonującego dalsze badania materiału pobranego ze zwłok			<input type="checkbox"/>
Dane pacjenta			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL/ID:		Data urodzenia:	
Wnoszę o udostępnienie			
preparatów mikroskopowych <input type="checkbox"/>	bloczków parafinowych <input type="checkbox"/>	odpisu raportu/wyniku badania patomorfologicznego <input type="checkbox"/>	
Należących do badania numer:			
Sposób odbioru:			
Osobiście w siedzibie Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej Sp. z o. o.			<input type="checkbox"/>
Proszę o wydanie osobie upoważnionej:			<input type="checkbox"/>
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL/ID:			
Proszę o przesłanie na mój koszt, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres korespondencyjny:			<input type="checkbox"/>
Materiały wymienione powyżej udostępniane są			
w celu dalszej diagnostyki lub leczenia	<input type="checkbox"/>	w innym celu	<input type="checkbox"/>

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.

Data i podpis wnioskodawcy:

Warszawa, dnia _____

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Data i podpis wnioskodawcy:

Warszawa, dnia _____

Uwagi

Adnotacje Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej

Dane udostępnianego materiału

preparaty mikroskopowe <input type="checkbox"/> Liczba: _____	bloczki parafinowe <input type="checkbox"/> Liczba: _____	odpis raportu/wyniku badania patomorfologicznego <input type="checkbox"/>
---	---	--

Pracownik Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej Sp. z o. o. przyjmujący wniosek

Imię:		Podpis:	
Nazwisko:			
Data:			

Informacje o zwrocie materiału

Potwierdzam zwrot udostępnianego materiału w postaci

preparatów mikroskopowych <input type="checkbox"/> Liczba: _____	bloczków parafinowych <input type="checkbox"/> Liczba: _____	wyniku konsultacji patomorfologicznej <input type="checkbox"/>
--	--	---

Pracownik Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej Sp. z o. o. przyjmujący zwrot

Imię:		Podpis:	
Nazwisko:			
Data:			