**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH,**

**CYTOLOGICZNYCH ORAZ BLOCZKÓW PARAFINOWYCH**

Nr rejestru: …………… NR BADANIA………………………………………………..

**WNIOSKUJĄCY**

□ Pacjent □ Przedstawiciel ustawowy □ Podmiot wykonujący działalność leczniczą

którego lekarz zlecił i skierował na badanie,

który prowadzi dalsze leczenie pacjenta,

który wykonuje dalsze badania.

□ Osoba upoważniona przez pacjenta (upoważnienie należy załączyć do niniejszego wniosku)

□ Udostępnienie w celach naukowych

**DANE WNIOSKUJĄCEGO:**

Imię i nazwisko/nazwa: ...........................................................................................................................................................................................................................................................

PESEL:

Adres: .........................................................................................................................................................................................Numer telefonu: ...............

**WNIOSEK DOTYCZY PACJENTA:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

PESEL: Data urodzenia: ……………………..……………….……….,

Adres i miejsce zamieszkania: .......................................................................................................................................... Numer telefonu: .........

**WNIOSKUJĘ O WYDANIE:**

□ preparatów szkiełkowych

□ bloczków parafinowych

□ inne (jakie) ............................................................................................................................

□ wraz z odpisem rozpoznania patomorfologicznego

**W CELU**:

□ konsultacji □ udostępnienie bezzwrotne - czytelny podpis wnioskującego:

□ badań klinicznych

□ inny cel (jaki?):

……………………………………………………..……………….……………….

Data i czytelny podpis wnioskującego

**Uwaga -Do wniosku należy dołączyć skierowanie, lub odrębny dokument w wystawiony przez lekarza (jeżeli taki był przekazany)**

**SPOSÓB ODBIORU:**

□ osobiście □ za pośrednictwem osoby upoważnionej (załączyć upoważnienie)

□ wysyłka pocztowa/kurierska

**DANE OSOBY ODBIERAJĄCEJ:**

Imię i nazwisko: ...........................................................................................................................................................................................................................................................

Adres i miejsce zamieszkania: .................................................................................................................................. Numer telefonu:

.......................................................................................

Numer i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem

……………………………………………………..……………….……………….

**p Zobowiązuję się zwrócić oryginały wyżej wymienionych wypożyczonych preparatów i bloczków niezwłocznie po ich wykorzystaniu (maksymalnie 3 miesiące).**

Data i czytelny podpis osoby odbierającej

**WYPEŁNIA PRACOWNIK ARCHIWUM SZPITALA**

**WYDANO PACJENTOWI, OSOBIE UPOWAŻNIONEJ LUB INNEMU UPRAWNIONEMU WNIOSKUJĄCEMU**

□ preparaty szkiełkowe w ilości: .....................................□ bloczki parafinowe w ilości: .....................................

□ inne, jakie ...................................................................................................................................................................................................................................

□ nie wydano preparatów patomorfologicznych z powodu: ....................................................................................................................................................................................................................................

Tożsamość osoby odbierającej preparaty/bloczki patomorfologiczne potwierdzam na podstawie okazania:

.........................................................................................................................................................................................................................................................

(Podać nazwę i numer dokumentu tożsamości)

**Data, pieczęć i podpis pracownika:**

**OŚWIADCZAM, ŻE OTRZYMAŁEM/-AM**

□ preparaty szkiełkowe w ilości: .....................................

□ bloczki parafinowe w ilości: .....................................

□ inne, jakie: ...........................................................................................................................................................................................................................................................

W przypadku wysyłki preparatów i/lub bloczków:

- nr identyfikacyjny przesyłki …………………………………………………

- podmiot realizujący:…………………………………………………………………

**Data i czytelny podpis osoby odbierającej**

**ZWROT:**

Zwrócono dnia: .......................................................................................

□ preparaty szkiełkowe w ilości: .....................................□ bloczki parafinowe w ilości: .....................................

□ inne, jakie ...............................................................................

□ zwrócono kompletną ilość preparatów/bloczków □ zwrócono niekompletną ilość preparatów/bloczków

**UWAGI:**

**Data, podpis pracownika przyjmującego zwracane preparaty patomorfologiczne:**

**Data i czytelny podpis zwracającego preparaty patomorfologiczne:**