

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta Data wpłynięcia wniosku

Numer PESEL* pacjenta Numer telefonu kontaktowego

*w przypadku braku – data urodzenia

Proszę o przygotowanie kopii następującej dokumentacji medycznej:☐ pełnej dokumentacji medycznej☐ wybranej dokumentacji medycznej określonej poniżej:

- podsumowanie leczenia danego cyklu (karta informacyjna)**

☐ ostatnio wykonanego☐ wszystkie☐ innych..........
(zakres dat)

- konsultacje lekarskie

☐ ostatnia konsultacja lekarska☐ wszystkie☐ konsultacje lekarskie z okresu
(zakres dat)

- opisy zabiegów diagnostycznych

☐ SonoHSG☐ histeroskopia☐ kolposkopia☐ biopsja jądra☐ wszystkie

- kopie wyników badań

☐ z krwi☐ cytogenetyczne☐ histopatologiczne☐ nasienia☐ posiew☐ cytologia☐ test PCT☐ wszystkie☐ konkretnie określone
.....
(data i rodzaj badania)

- inne rodzaje dokumentacji indywidualnej Pacjenta nieuwzględnione powyżej

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

UWAGI:

**dokument zawiera informacje dotyczące m.in.: dat rozpoczęcia i zakończenia cyklu, przyczyny niepłodności, zastosowanego leczenia, monitoringu cyklu, zapłodnienia pozaustrojowego, rozwoju zarodków

Potwierdzenie sporządzenia wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej:.....
czytelny podpis osoby sporządzającej kopię**Potwierdzenie wydania wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej:**

data

czytelny podpis osoby odbierającej

numer PESEL* osoby odbierającej

*w przypadku braku – data urodzenia

Potwierdzenie wydania wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej na podstawie dokumentu tożsamości:
(rodzaj dokumentu tożsamości – wypełnia osoba wydająca)

czytelny podpis osoby wydającej kopię

czytelny podpis osoby weryfikującej