

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta Data wpłynięcia wniosku

Numer PESEL pacjenta* Numer telefonu kontaktowego

*w przypadku braku seria i numer dokumentu tożsamości

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

UWAGI:

- 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

.....

.....

.....

.....

**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 kopie**Potwierdzenie wydania wyżej wymienionej kopii dokumentacji medycznej:**

data

numer PESEL
osoby odbierającejczytelny podpis
osoby odbierającej

czytelny podpis osoby wydającej kopie