

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

.....
czytelny podpis osoby wydającej kopię

.....
czytelny podpis osoby weryfikującej