

Wieruszów, dnia.....

**Prezes Zarządu- Dyrektor NZOZ  
Szpitala Powiatowego w Wieruszowie**

**Wniosek o wydanie historii choroby**

Imię i nazwisko pacjenta.....  
Data urodzenia, miejsce.....  
Adres zamieszkania.....  
Dokumentacja z poradni/oddziału (czas pobytu).....  
.....  
w celu przedłożenia:.....

Czy dokumentacja ma być podbita „Za zgodność z oryginałem”?\*  TAK (dodatkowa opłata)  NIE

Odbiór\*:  osobiście  osoba upoważniona w historii choroby

.....  
termin zwrotu akt\*\*

Podpis wnioskodawcy.....

Czas oczekiwania na dokumentację 2 dni od daty złożenia wniosku.

\*Właściwe zaznaczyć

\*\*Wypełnić jeśli udostępniana dokumentacja jest oryginałem.

Wydanie 2

2011-05-13

Wieruszów, dnia.....

**Prezes Zarządu- Dyrektor NZOZ  
Szpitala Powiatowego w Wieruszowie**

**Wniosek o wydanie historii choroby**

Imię i nazwisko pacjenta.....  
Data urodzenia, miejsce.....  
Adres zamieszkania.....  
Dokumentacja z poradni/oddziału (czas pobytu).....  
.....  
w celu przedłożenia:.....

Czy dokumentacja ma być podbita „Za zgodność z oryginałem”?\*  TAK (dodatkowa opłata)  NIE

Odbiór\*:  osobiście  osoba upoważniona w historii choroby

.....  
termin zwrotu akt\*\*

Podpis wnioskodawcy.....

Czas oczekiwania na dokumentację 2 dni od daty złożenia wniosku.

\*Właściwe zaznaczyć

\*\*Wypełnić jeśli udostępniana dokumentacja jest oryginałem.

Wydanie 2

2011-05-13