

Nr karty.....
Sygnatura archiwalna.....

Wieruszów, dnia.....

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

Wniosek o wydanie historii choroby

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

Dokumentacja z poradni/oddziału (czas pobytu).....

* w celu przedłożenia:.....

* w celu kontynuacji leczenia u innego lekarza

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

Odbiór*: osobiście osoba upoważniona

Podpis wnioskodawcy.....

.....
akceptacja wniosku przez
Dyrektora lub osobę upoważnioną

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby , która udostępniła dokumentację

*Właściwe zaznaczyć **Czas oczekiwania na dokumentację 2 dni od daty złożenia wniosku.**

Wydanie 10

01-06-2018

Nr karty.....
Sygnatura archiwalna.....

Wieruszów, dnia.....

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

Wniosek o wydanie historii choroby

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

Dokumentacja z poradni/oddziału (czas pobytu).....

* w celu przedłożenia:.....

* w celu kontynuacji leczenia u innego lekarza

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

Odbiór*: osobiście osoba upoważniona

Podpis wnioskodawcy.....

.....
akceptacja wniosku przez
Dyrektora lub osobę upoważnioną

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby , która udostępniła dokumentację

*Właściwe zaznaczyć **Czas oczekiwania na dokumentację 2 dni od daty złożenia wniosku.**

Wydanie 10

01-06-2018