

Nr karty..... Wieruszów, dnia.....

Sygnatura archiwalna.....

Termin zwrotu akt\*\* .....

**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:.....

\* w celu kontynuacji leczenia u innego lekarza  \* do zaświadczenia N9/N14

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

Odbiór\*:  osobiście  osoba upoważniona w historii choroby

Podpis wnioskodawcy.....

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

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby zwracającej akta.....

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

\*Właściwe zaznaczyć \*\*Wypełnić jeśli udostępniana dokumentacja jest oryginałem. ....  
podpis archiwisty w przypadku zwrotu akt

Wydanie 7

2015-11-01

Nr karty..... Wieruszów, dnia.....

Sygnatura archiwalna.....

Termin zwrotu akt\*\* .....

**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:.....

\* w celu kontynuacji leczenia u innego lekarza  \* do zaświadczenia N9/N14

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

Odbiór\*:  osobiście  osoba upoważniona w historii choroby

Podpis wnioskodawcy.....

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

Data i podpis osoby odbierającej.....

Data i podpis osoby zwracającej akta.....

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

\*Właściwe zaznaczyć \*\*Wypełnić jeśli udostępniana dokumentacja jest oryginałem. ....  
podpis archiwisty w przypadku zwrotu akt

Wydanie 7

2015-11-01