



**DECYZJA  
W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA:**

..... PESEL .....

Po rozpatrzeniu wniosku z dnia .....,

złożonego przez Panią/-a .....

wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej z uwagi na:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*podpis osoby upoważnionej*