

**DECYZJA**

**W SPRAWIE UDOSTĘPNENIA 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*