

**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*