


|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>Odmowa udostępnienia dokumentacji<br/>medycznej</b> | <b>Symbol: PZ1-PO5-I1-F3</b><br><br><b>Wydanie: 01</b><br><br><b>Obowiązuje od: 27.06.2019</b><br><br><b>Strona: 1 / 1</b> |
|---|--|--|

Kraków, dnia .....

**Pan/Pani** .....

W odpowiedzi na wniosek z dnia ..... o udostępnienie dokumentacji  
medycznej pacjenta

.....  
..... (imię i nazwisko pacjenta, którego wniosek  
dotyczy)

uprzejmie informuję, że udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe.

**Przyczyną odmowy udostępnienia dokumentacji jest:**

- ☐ brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dostępu do dokumentacji\* ,
- ☐ zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminów jej przechowywania\* ,
- ☐ wcześniejsze wydanie dokumentacji uprawnionemu podmiotowi\* ,
- ☐ inna przyczyna (jaka)\*

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

podpis osoby upoważnionej .....