

FORMULARZ ZGŁOSZENIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

Pesel:														
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon:..... Data zamówienia:.....

Zakres dokumentacji

Poradnia	OD (data)	DO (data)

Data, podpis pacjenta

INFORMACJE O USŁUGACH MEDYCZNYCH I REJESTRACJA:

świadczenia NFZ – dla dorosłych 56 658 44 44/55, dla dzieci chorych 56 658 44 60/66, dla dzieci zdrowych 56 658 44 51; Punkt Pierwszej Pomocy (dni powszednie w godz. 18:00 – 8:00, w dni wolne całodobowo) 56 658 44 60/66; transport sanitarny 58 658 44 41; Prywatne Wizyty Domowe 56 658 44 22; Poradnia Medycyny Pracy 56 658 44 00; umowy w zakresie medycyny pracy i grupowe świadczenia prywatne dla zakładów pracy 56 658 44 92; świadczenia prywatne dla pacjentów indywidualnych 56 658 44 22; Program "DLA ZDROWIA" VIP, VIP+ oraz abonamenty zdrowotne 56 658 44 92; Centrum Okulistyki Laserowej Zdrowe Oczy 56 658 4433; Centrum Chirurgii Artroskopowej 723 18 64 90; Medyczne Centrum Dietetyki i Odchudzania 56 658 44 22; ORVIT CLINIC 723 18 64 90; DERME Dermatologia Lecznicza i Estetyczna 695 66 36 56; Centrum Medyczne NOWA GINEKOLOGIA 56 658 44 31; Centrum Medycyny Podróży 56 658 44 22; REZONANS MAGNETYCZNY, TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA 56 658 44 77; ZAKŁAD MEDYCZNY NUKLEARNEJ 56 65 97 44