

הנחיות לגבי טופס זה, יימסרו למטופל על ידי מוקד מידע וזימון תורים או מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי בלבד

תאריך: _____

מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד ע"ש סמסון

טלפון: 072-3398712 / 072-3398934

פקס: 072-3392305

כתובת: רחוב הרפואה 7, אשדוד, 7747629

מייל: medinfoash@assuta.co.il

ימים ושעות קבלת קהל במחלקה: א' - ד' - בשעות 08:00 - 14:00

בקשה לקבלת מסמכים רפואיים

--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז. / דרכון: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

טלפון להתקשרות: _____ תאריך האשפוז: _____

- חובה לצרף לבקשה צילום תעודת זהות.
- הבקשה תטופל עד 14 ימי עסקים ממועד קבלת הטופס במחלקת ניהול ורישום מידע רפואי.

המידע המבוקש: (סמן X בהתאם למבוקש)

סיכום אשפוז

דו"ח ניתוח

דף משתלים

תיק רפואי מלא – חייב איסוף עצמי

שעת לידה – לא חייב בתשלום

אישור אשפוז – לא חייב בתשלום

תוצאות בדיקות דימות

אחר: _____

אופן קבלת המסמכים: (סמן X בהתאם למבוקש)

הגעה עצמית

דואר רשום – בתוספת תשלום, בהתאם לתעריפי בנק הדואר

כתובת למשלוח: _____

מיקוד _____ עיר _____ רחוב ומספר בית _____

מיופה כוח – חובה לצרף טופס ויתור על סודיות רפואית וייפוי כוח חתום על ידי עורך דין / רופא כולל חתימה וחותמת. בנוסף, יש לצרף צילום ת.ז. של מיופה הכוח ושל המטופל.

ידוע לי ששירות זה כרוך בעלות לכל תיק אשפוז / מקרה טיפולי / בדיקה, לפי תעריפון משרד הבריאות

שם מלא: _____ קרבה למטופל: _____ חתימה: _____
(במקרה של מיופה כוח)

לשימוש מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי:

התקבל על ידי: _____ בתאריך: _____

מספר נבדק: _____ שליפת נתונים: ק; _____ מונה: _____ עד: _____

נשלח בדואר רשום הגיע פיזית בתאריך: _____