

| Rice»ymc | Adres | Pw ogt"vgnghqpw |
|--|---|-----------------|
| Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center | <p>NYU Langone Health HIM Department do osobistego stawienia si : 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 korespondencyjny: One Park Avenue, 3rd Floor, NY, NY 10016</p> | 212-263-5490 |

NYU Langone Orthopedic Hospital

NYU Langone Orthopedic Hospital
 HIM Department
 do osobistego stawienia si : 380 2nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center | <p>Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6th Floor Mineola, NY 11501</p> | 516-633-8250 |
| NYU Langone Hospital-Brooklyn | <p>NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220</p> | 718-630-7125 |
| NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP) | Bezpo rednio do indywidualnego gabinetu | Kontaktowa si bezpo rednio z indywidualnym gabinetem |
| Family Health Centers at NYU Langone | <p>Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nyulangone.org</p> | Kontaktowa si bezpo rednio z indywidualnym gabinetem |
| NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA) | <p>NYU Langone Hospital - Long Island – CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501</p> | 516-663-8000 |

Praktyka dentystyczna w południowo-
 zachodnim Brooklynie (Southwest
 Brooklyn Dent B m e f

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| | <p>Floor, NY, NY 10016 Inne lokalizacje: bezpo rednio w miejscu bada radiologicznych</p> | <p>Tisch: 212-263-5227 Ortopedia: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Inne: kontaktowa si bezpo rednio z indywidualnym gabinetem</p> |
| Long Island Community Hospital (LICH) | <p>Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772</p> | 631-654-7710 |

P [W"Ncp i qpg"J g cnv j"
P [W"Ncp i qpg"J qu rkvcnu"
Hc o kn{" J g cnv j"Egpyg tu" B P [W"Ncp i qpg"
P [W" I tqou o cp"Ue jqqn"qh" O g fkekpg"
Nqpi "Kuncpf"Eq o o wpkv{" J qu rkvcn B P [W"Ncp i qpg"J g cnv j
Egn"wlcy pkgpkc" kphqt o celg<

§ Na mój wniosek § Kontynuacja opieki

§ Inny (nale y wyja ni , wł czaj c wiadczenia lub program rz dowy): _____

Quqdc"qvt|{ owl ec" vg kphqt o celg<

§ Ja sam / ja sama _____

§ Inna osoba (imi i nazwisko; dowód to samo ci wymagany do odbioru) _____

Hqt o clhqt o cv" (mog by naliczane opłaty; przed ujawnieniem zostanie podana szacunkowa kwota):

§ Przesła dokumentacj do: _____

§ Odbiór, wersja papierowa § MyChart (mo liwo pobrania przez 60 dni)

§ Faks (numer): _____ § CD/DVD § USB

§ Bezpieczna poczta e-mail (mo liwo dost pu/pobrania przez 30 dni): _____

§ Inne: _____