

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה מכון רנטגן במיון
טלפון: 04-6828736 פקס: 04-6828525

שם: רוחלין יובל
ת.ז.: 20643556-2
טלפון: 04-6946360
כתובת: כפר גלעדי 0 כפר גלעדי 1221000
מקרה: 10711903 גיל: 20 ש
מין: ז
יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
19/06/2020	16:38	צילום קרסול, קדמי-אחורי
19/06/2020	16:38	צילום קרסול, צדי
19/06/2020	16:38	צילום קרסול, אלכסוני אמצעי
19/06/2020	16:38	צילום כף רגל, קדמי-אחורי
19/06/2020	16:38	צילום כף רגל, אלכסוני צדי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

טאפס מלאק

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח