

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

ת.ז.: 31549177-9  
טלפון: 054-6861621

שם: דדון בן

כתובת: הפלמ"ח 13 מעלות-תרשיחא 2105613  
מקרה: 10717879 גיל: 20 ש  
מין: ז  
יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

#### בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
17/07/2020	10:51	צילום אצבעות רגל, קדמי-אחורי
17/07/2020	10:51	צילום אצבעות רגל, צדי
17/07/2020	10:51	צילום אצבעות רגל, אלכסוני

#### תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

#### שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

#### שם רנטגנאי

אברהם אבנאי

#### תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח