

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: **בודארה שיר**

ת.ז.: **31470397-6**

טלפון: **050-7552536**

כתובת: **נחליאל 36/1 כרמיאל 2170659**

מקרה: **10712644**

גיל: **20 ש**

יחידה ארגונית מזמינה: **מיון אורטופד**

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
22/06/2020	19:45	צילום זרוע, אזורי-קדמי
22/06/2020	19:45	צילום זרוע, צדי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

נבסו מאי

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח