

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: אלוש עומר
ת.ז.: 20640343-8
טלפון: 04-6931233
כתובת: כורזים 231 כורזים 1293300
מקרה: 10716504 גיל: 21 ש
מין: ז
יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
11/07/2020	12:30	צילום כף רגל, קדמי-אחורי
11/07/2020	12:30	צילום כף רגל, אלכסוני צדי
11/07/2020	12:30	צילום כף רגל, צדי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

חורשיד אמיר

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח