

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

**ממצאי בדיקה מכון רנטגן**

**טלפון: 04-6828540**

**פקס: 04-6828873**

**שם: סרחאן ריאד**

**ת.ז.: 31530739-7**

**טלפון: 052-2791017**

**כתובת: ת.ד 179 חורפיש 2515500**

**מקרה: 10719739**

**גיל: 24 ש**

**יחידה ארגונית מזמינה: מחלקה אורטופדית**

**בדיקות שבוצעו**

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
26/07/2020	12:00	צילום שורש יד, אצבע-קדמי
26/07/2020	12:00	צילום שורש יד, צדי

**תולדות מחלה**

ראה מסמך מצורף

**שאלה לבירור**

ראה מסמך מצורף

**שם רנטגנאי**

מחמוד פארס

**תיאור הבדיקה והמצאים**

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח