

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: **אוחנה רחמים**

ת.ז.: **3195499-3**

טלפון: **052-9217435**

כתובת: **הגפן 21 חצור הגלילית 1030000**

מקרה: **10719425**

גיל: **45 ש**

מין: **ז**

יחידה ארגונית מזמינה: **מיון פנימית**

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
24/07/2020	14:26	צילום כף רגל, קדמי-אחורי
24/07/2020	14:26	צילום כף רגל, אלכסוני צדי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

עבוד שרבל

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח