

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.: 21195495-3
טלפון: 050-7887187

שם: טל מתן

כתובת: מגדל ים 4 מודיעין 7177709

מין: ז

גיל: 19 ש

מקרה: 10722316

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
06/08/2020	10:32	צילום שורש יד, אזורי-קדמי
06/08/2020	10:32	צילום שורש יד, צדי
06/08/2020	10:32	צילום שורש יד, אלכסוני אזורי-קדמי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

נעאמנה מהדי

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח