

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

ממצאי בדיקה מכון רנטגן

פקס: 04-6828873

טלפון: 04-6828540

ת.ז.: 31530739-7

שם: סרחאן ריאד

טלפון: 052-2791017

כתובת: ת.ד 179 חורפיש 2515500

מין: ז

גיל: 24 ש

מקרה: 10719739

יחידה ארגונית מזמינה: מחלקה אורטופדית

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
צילום עצמות האגן, קדמי-אחורי	11:59	26/07/2020

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

מחמוד פארס

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח