

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.: 20444462-4  
טלפון: 050-9883932

שם: סעד אימן

כתובת: ת.ד. 133 בית ג'ון 2499000

מקרה: 10723098 גיל: 28 ש מין: ז

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

#### בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
09/08/2020	19:50	צילום כף יד, אחורי-קדמי
09/08/2020	19:50	צילום כף יד, אלכסוני קדמי-אחורי
09/08/2020	19:50	צילום אצבעות יד, אחורי-קדמי
09/08/2020	19:50	צילום אצבעות יד, אלכסוני

#### תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

#### שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

#### שם רנטגנאי

נעאמנה מהדי

#### תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח