

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.: 0-32247079  
טלפון: 050-7393922

שם: אסעד פארס

כתובת: כסרא 0 כסרא-סמיע 2013800

מין: ז

גיל: 19 ש

מקרה: 10714765

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

#### בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
02/07/2020	18:46	צילום כף יד, אחורי-קדמי
02/07/2020	18:46	צילום כף יד, צדי
02/07/2020	18:47	צילום שורש יד, אחורי-קדמי
02/07/2020	18:47	צילום שורש יד, צדי
02/07/2020	18:47	צילום שורש יד, אלכסוני אחורי-קדמי

#### תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

#### שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

#### שם רנטגנאי

דהן ויקטוריה

#### תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח