

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: סרחאן כמאל

ת.ז.: 31334968-0

טלפון: 052-5052925

כתובת: מגאר 0 מגאר 2012800

מין: ז

גיל: 24 ש

מקרה: 10712627

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

**בדיקות שבוצעו**

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
22/06/2020	17:59	צילום כף יד, אחורי-קדמי
22/06/2020	17:59	צילום כף יד, צדי

**תולדות מחלה**

ראה מסמך מצורף

**שאלה לבירור**

ראה מסמך מצורף

**שם רנטגנאי**

נבסו מאי

**תיאור הבדיקה והמצאים**

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח