

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: היב בלאל  
ת.ז.: 30499920-4  
טלפון: 052-4355096  
כתובת: ת.ד 2123 מגאר 2012800  
מקרה: 10722572  
גיל: 29 ש  
מין: ז  
יחידה ארגונית מזמינה: מיון טראומה

#### בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
07/08/2020	13:15	צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי
07/08/2020	13:15	צילום עמוד שדרה צוארי, צדי
07/08/2020	13:15	צילום דנס, מצומצם, דרך הפה

#### תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

#### שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

#### שם רנטגנאי

דהן ויקטוריה

#### תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח