

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.: 21216703-5
טלפון: 054-2122384

שם: שוורץ גיא יוסף

כתובת: גובר רבקה 7 כפר סבא 4447115
מקרה: 10721506 גיל: 19 ש
מין: ז
יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
03/08/2020	01:41	צילום אצבעות יד, אחורי-קדמי
03/08/2020	01:41	צילום אצבעות יד, צדי

תולדות מחלה
ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור
ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי
חדיד אחלאם

תיאור הבדיקה והמצאים
השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח