

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.: 4037574-3  
טלפון: 052-8356585

שם: אביטל משה

כתובת: ת.ד. 90 שיזף 3 מגדל 1495000  
מקרה: 10718350 גיל: 39 ש  
יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורטופד  
מין: ז

#### בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
19/07/2020	16:34	צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי
19/07/2020	16:34	צילום עמוד שדרה מותני, צדי

#### תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

#### שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

#### שם רנטגנאי

מרדכי חנניה

#### תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח