

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

**ממצאי בדיקה מכון רנטגן במיון**

**פקס: 04-6828525**

**טלפון: 04-6828736**

**ת.ז.: 20143110-3**

**שם: סאלח ענאן**

**טלפון: 053-2552897**

**כתובת: מגאר ת.ד 1334 מגאר 2012800**

**מין: ז**

**גיל: 31 ש**

**מקרה: 10715880**

**יחידה ארגונית מזמינה: מיון פנימית**

**בדיקות שבוצעו**

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	02:19	08/07/2020
צילום עמוד שדרה מותני, צדי	02:19	08/07/2020

**תולדות מחלה**

ראה מסמך מצורף

**שאלה לבירור**

ראה מסמך מצורף

**שם רנטגנאי**

נעאמנה מהדי

**תיאור הבדיקה והמצאים**

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח