

תאריך 14/02/2021

## הפניה לדימות

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון גוסף	

## מספר הפניה ישירה:

רשיון רופא תז נבדק מספר הפניה גורם שולח

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון CT

## שם הבדיקה

שירות שנבחר	קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
	78073	L1039	ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על

**תיאור רפואי**

**ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי**

ממצאים עיקריים

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
724		backache BACK DISORDERS OTHER UNSPECIFIED

דיון/תוכנית טיפולית בירור