

ת.ד.	שם המבוטח:	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה:
	כתובת:			מיקוד:		טלפון:

מס. טופס

**שם הבדיקה**

הבדיקה הדרושה: **CT חזה**

תלונות החולה:

**CT חזה**

בדיקה גופנית:

• נינוחה

אבחנות:

• ABNOR IMAGING STUDY LUNG