medica

סיכום מחלה

שם החולה: _____ אבחנה: _____

ת.ז.: _____ סוג הניתוח: _____

תאריך: _____ _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

חתימת הרופא

כ. 0050

Habarzel 28, Ramat Hahayal, Tel Aviv, Tel: *2147 רחוב הברזל 28 רמת החייל, תל–אביב, טלפון: