



ת.ז: 1771602240	שם המבוטח:	שולמאן דבורה	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	19/05/1998
	כתובת:	ים סוף 29 ירושלים	מיקוד:	97707	טלפון:	058-3264591		


מס. טופס

3980000164

הפניה לטיפול אחות

סוג הטיפול:

- המלצה לביצוע חיסון של BOOSTRIX PREF SYRIN 1D*1 בתאריך 21/12/2021

נא להשגיח על המטופל/ת למשך 20 דקות לאחר ההזרקה.

רפא/מטפל:	ד"ר שוסהיים יונתן	רשיון:	107984	
תחום עיסוק:	נשים וילוד	טלפון:	02-5437700	
כתובת:	שד גולדה מאיר 255 ירושלים			

תאריך	שעה	שם האחות	ממצאים