

תאריך: 31/07/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



פרופ' דגן ירון
משפחה, פנימית וכללית

פקס: 04-6661721

כתובת: חספין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302876008

שם פרטי: ארז

שם משפחה: גלבנדורף

טל.עבודה/נייד: 0504453304

0504453304

טלפון:

מין: ז

04/01/1990

ת.לידה:



מיקוד 1292000

יהודיה 3, חספין

כתובת:

0302876008

אישור על מחלת הורה

אשר חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

וזקוק להשגחה מיום: 25/07/2023 עד יום: 25/07/2023, סה"כ 1 ימים.

31/07/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך