27/10/2022 :תאריך

## מכבי שירותי בריאות

ד"ר טקצמן רומן

משפחה, פנימית וכללית



מ.ר גורם מפנה

046938078 :טלפון

0732284345 פקס:

כתובת: בן ציון נתניהו 22, חצור הגלילית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302876008 שם פרטי: ארז שם משפחה: גלבנדורף

0504453304 :טל.עבודה/נייד 0504453304 :טלפון מין: ז 04/01/1990 ת.לידה:

מיקוד 1292000 יהודיה 3, חספין כתובת:

<u>אישור מחלה</u>

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה , האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

ימים. סה"כ: 1 23/10/2022 23/10/2022 אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: עד יום:

27/10/2022

חתימה וחותמת הרופא תאריך