תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד
**מוקד אסותא:**פקס:0722792288
דואל:bariatria-pcg@assuta.co.il

**הפניה לביצוע חבילת בדיקות במסלול בירור מהיר לפני ועדה בריאטרית במרכזי אסותא**

שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **מעבדת דמים*** ויטמין D3
* קריאטינין
* ויטמין B12
* פרטין
* פוליק אסיד
* HBA1C
* FREE T4
* TSH
* TRANSFERRIN
* CBC
* PT+PTT
* סוג דם + RH
* SMAC
* PTH
 |

**הדמיה**

* אולטרסאונד בטן
* אקג
* אקו לב

**רנטגן**

* צילום ושט קיבה

(קוד2030 RR)

* צילום חזה 2 מבטים

(קוד2410 RR)

**דיאטנית**

* יעוץ אישי

שם הרופא המפנה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מטופל/ת יקר/ה
את טופס ההפניה יש לשלוח למוקד שירות הלקוחות של אסותא.
מוקד שירות הלקוחות יצור איתך קשר לתאום מהיר של כל הבדיקות הנדרשות ולמתן מידע נוסף.**

שם המטופל/ת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון ליצירת קשר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_