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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_