



038091



קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

מרפאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול	קוד
שם הטיפול	9943 בדיקת רופא

נותן שירות: (אספ הרופא-שמיר (בי"ח/קרן

מחלקה: א.א.ג.

מטרת ההפניה: מרפאת טנטון/אוטולוגיה

תלונות: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 רעשים באוזניים, מריעים לשון. היו בעבר וחלפו. לפני 10 ימים חזרו. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 לוע- ללא אודם, ללא תפליט, ללא בצקת, ללא פצעים, ללא PND. ניקוי צרומן. אוטוסקופיהתקינה דו'צ'. צוואר- ללא בלוטות לימפה מוגדלות, ללא אודם, ללא נפיחות. אף- הרירית גדושה, הפרשה שקופה מוקואידידת. MIDDLE MEATUS, SPHENOETHMOIDAL RECESS חופשיים דו'צ'. הנזופרינקס חופשי. חיטוי טריסטל.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50 רעשים באוזניים 4-5 חודשים לסרוגין, מפרעים לשון. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית. מעשן

אבחנה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- RETRACTION EARDRUM

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מ.ר גורם מפנה



038091



קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השיטת 4, נס ציונה

ד"ר כץ אריאל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

מרפאות חוץ

מטופל באופן קבוע ב-

BONDORMIN 0.25MG X20 1X1X30

CIALIS 5MG X 28 1X1X30

SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30

SERENADA 100MG X 28 1X1X30

NORVASC 5MG X 30 1X1X30

29/03/2023

חתימה וחותמת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/03/2023 עד תאריך - 25/09/2023

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.