



0015515406



038091



קוד הפניה: 318362381

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השיטת 4, נס ציונה

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:

מכון שמיעה

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 רעשים באוזניים 4-5 חודשים לסרוגין, מפרעים לשון. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית. מעשן

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 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.

אבחנה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- RETRACTION EARDRUM

בעיות ידועות:

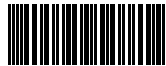
- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

הבדיקה הדרושה	
*	
92557	בדיקת שמיעה לילדים מעל גיל 5 ולמבוגרים
92567	טימפנומטריה

תאריך: 29/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0015515406



038091



קוד הפניה: 318362381

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 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:

מכון שמיעה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

29/03/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

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