

תאריך: 30/10/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר פוקס עדי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-8594289

פקס: 08-8596557

כתובת: רמז דוד 25, גדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58620717

שם פרטי: יוסף

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0505694949

039519666

טלפון:

מין: ז

08/03/1964

ת.לידה:



מיקוד 7543110

החרצית 10/15, ראשון לציון

כתובת:

0058620717

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 30/10/2025 עד יום: 29/11/2025 סה"כ: 31 ימים.

30/10/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך