

תאריך: _____

ביטול בדיקת ברונוסקופיה

לכבוד

רופא/ת המשפחה

שלום רב,

הרינו להביא לידיעתך כי על סמך החלטתנו הרפואית נקבעה למטופלך בדיקת ברונוסקופיה.

מטופלך מר/ גב': _____ ת"ז: _____ ביקש/ה לבטל/ לדחות את
הבדיקה מהסיבות הבאות:

מופנה אליך להמשך ביקורת ומעקב

בברכה

**צוות מרפאת ריאות
מרכז רפואי קפלן**

מצוינות רפואית קרובה לבית

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפלן ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100
טלפון 08-9441437 פקס 08-9441063 www.KMC.org.il

שם הטופס: LUN-BronchoscopyCancel-0003-23072014.docx

