

טופס הזמנת בדיקת 4K-Score

פרטי הנבדק:		
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז. / דרכון
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	תאריך לידה
טלפון בבית	טלפון נייד	פקס
Email	איש קשר נוסף	
כתובת	<input type="checkbox"/> בדואר - לכתובת הרשומה <input type="checkbox"/> אימייל משלוח חשבונית: <input type="checkbox"/>	

מידע רפואי:			
ערך PSA אחרון:			
<input type="checkbox"/> טרם בוצעה ביופסיה			
<input type="checkbox"/> בוצעה ביופסיה בעבר:		תוצאה:	
<input type="checkbox"/> No Nodule		<input type="checkbox"/> Not performed	
<input type="checkbox"/> Nodule		<input type="checkbox"/> Nodule	
<input type="checkbox"/> Not Taken		<input type="checkbox"/> Taken	
Digital Rectal Exam Results		5- Alpha Reductase in last 6 month	

פרטי רופא מפנה:	
שם הרופא:	חוסד רפואי:
מייל:	
חתימה וחותמת:	