

0028793339

המרשם בתוקף מ: 27/08/2017 עד: 16/09/2017

מר הכסטר בנימין
נחל קטלב 13 בית שמש

טלפון: 029993029 טל סלולרי: 0548040040 Rp. (ת.ז. חבר)

שם התרופה:
שמות החלופות:

Cap. omeprazole 20 mg

סה"כ 30 CAP

- * CAP. OMEPRADDEX 20MG X 30 < 1 OP > [59980]
- CAP. OMEPRADDEX 20MG X 14 < 2 OP+2 > [59979]
- CAP. OMEPRA 20MG X 28 < 1 OP+2 > [13851]
- CAP. LOSEC 20MG X 30 < 1 OP > [9333]
- CAP. LOSEC 20MG X 28 < 1 OP+2 > [78361]
- CAP. OMEPRADDEX-Z 20MG X 14 < 2 OP+2 > [66685]
- CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 2 OP+2 > [78360]

הוראות שימוש: לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 30 ימים.
***90

10%

החומר
המורש
המורש
המורש

OMEPRADDEX
DEX
20MG
CAP
LOSEC
20MG

< 1 OP >
< 2 OP+2 >
< 1 OP+2 >
< 1 OP >

החומר
המורש
המורש
המורש

החומר
המורש
המורש
המורש

OMEPRADDEX
DEX
20MG
CAP
LOSEC
20MG

< 1 OP >
< 2 OP+2 >
< 1 OP+2 >
< 1 OP >

החומר
המורש
המורש
המורש

* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק

163309[o.m.]

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ערירי עמרם
מומחית באף אוזן וגרון
דרך רבין יצחק 2, בית שמש

מ.ר: 18867
טל: 02-9917587

0055346290
[ת.ז. רופא]

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

חתימה וחותמת הרופא
27/08/2017 ת.הפקה:



0028793339

[ת.ז. חבר]

טלפון : 029993029 טל סלולרי : 0548040040 Rp.

המרשם בתוקף מ: 17/09/2017 עד: 16/10/2017

מר הכסטר בנימין

נחל קטלב 13 בית שמש

סה"כ: 30 CAP

שם התרופה:
שמות החלופות:

Cap. omeprazole 20 mg

* CAP. OMEPRADDEX 20MG X 30 < 1 OP > [59980]
CAP. OMEPRADDEX 20MG X 14 < 2 OP+2 > [59979]
CAP. OMEPRA 20MG X 28 < 1 OP+2 > [13851]
CAP. LOSEC 20MG X 30 < 1 OP > [9333]
CAP. LOSEC 20MG X 28 < 1 OP+2 > [78361]
CAP. OMEPRADDEX-Z 20MG X 14 < 2 OP+2 > [66685]
CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 2 OP+2 > [78360]

הוראות שימוש : לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 30 ימים.

***90

10% ניתן לנפק 90 יום ובמועד מוקדם ממועד התוקף אשר מצוין על גבי המרשם

* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת, לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



163312[o.m]

* בדיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

מ.ר: 18867
טל : 02-9917587

דר' עדרי עמירם עליזה
מומחית באף אוזן וגרון
דרך רבין יצחק 2, בית שמש



0055346290

[ת.ז. רופא]

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

חתימה וחותמת הרופא
ת.הפקה: 27/08/2017

27/08/2017 תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות



0055346290



018867

מ.ר גורם מפנה

שם: דר' עדרי עמירם עליזה
תחום שירות: מומחית באף אוזן וגרון
כתובת: דרך רבין יצחק 2, בית שמש
טלפון: 02-9917587
פקס: 073-2132680

קוד הפניה: 077822294

פרטי הנבדק

שם פרטי: בנימין	שם משפחה: הכסטר	ת.ז.: 28793339
ת.ל.עבודה/נייד: 0548040040	מ.י. ז: 029993029	טלפון: 03/11/1971
מיקוד: 9962043	נחל קטלב 13, דירה 11, בית שמש	ת.ל.עבודה/נייד: 0028793339

מכון

שם המכון: קלינאית תקשורת

תלונות: צרידות. כל פעם כשמתאמץ. סובל מצרבת לאחרונה

ממצאים: בבדיקה עם סיב אופטי-אדם ניכר בקומיסורה אחורית מיתרים חלקים עם סגירה לקוייה ושמוש יתר במיתרים מדומים

אבחנה:

- GERD Suspected
- HOARSENESS

OMEPRADAX 20MG X 30' 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנות: לא

הבדיקה הדרושה: הערכה וטיפול

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

27/08/2017

תאריך

חתימה וחוקמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

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-90 יום, מתאריך - 27/08/2017 עד תאריך - 25/11/2017