



תאריך: _____

בדיקת שמיעה

שם: _____ מספר תעודת זהות: _____

בדיקת שמיעה

	250	500	1000	2000	4000	8000	
ימין							
שמאל							

בדיקה של רופא אף אוזן גרון

מסקנה

חתימת הרופא: _____

Email: gilat@kzineyam.org.il

AKKO P.O. Box 2066(24100)
TEL 972-4-9851203
FAX 972-4-9916284

ת.ד. 2066 עכו 24100
טל' 04-9851203
פקס 04-9916284