

תאריך חתימת המסמך 1.10.23

התובעים:
1. **יאיר גוילי, ת"ז 32816985**
2. **סימה אזולאי, ת"ז 300598935**
מרחוב גלעד 4, חדרה
טלפון: 052-6105833

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעים:
1. **יאיר גוילי, ת"ז 32816985**
2. **הפניקס חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלת"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. התובע 1 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הבעלים ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 275-21-002 (להלן "הרכב").
2. התובעת 2 הינה מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הייתה הנוסעת ברכב.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה, התקשו ומתקשים התובעים בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקף עבודתם, נזקקים להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

8. בתאריך 22.6.22, בסביבות השעה 02:20 או בסמוך לכך, בצומת השרון, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 72-351-72 והתובעים נחבלו בגופם (להלן : "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה ותמונות פגיעת הרכבים, מסומנים "כנספח 1".

התובע 1 :

9. לאחר התאונה, טופל התובע בבית החולים הלל יפה, בחדרה, שם אובחנו חבלות בצוואר, בגב, בצלעות והוא אושפז לביצוע בדיקות בחשד לשברים וקרע בטחול. בדיקת הדמיה שללה חשד לחזה אוויר ושברים ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל ע"י אורתופד אשר הפנה אותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וטיפול רפואה משלימה לצד טיפול תרופתי לשיכוך כאב והמלצה להמשך מעקב.

11. בנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות הצוואר והגב החל התובע לחוש בנימול והקרנת הכאבים לגפיים העליונות כמו גם כאבים בברכו והוא המשיך בביצוע טיפולי פיזיותרפיה במטרה לשוב לפעילות.

12. לאחר ביצוע סדרת טיפולים אינטנסיביים נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, עם הקרנת הכאבים לזרוע ועם כאבים והגבלה בתנועות ברך שמאל והוחלט להפנותו להמשך מעקב ולביצוע בדיקות הדמיה.

13. בדיקת MRI שכוונה לברך שמאל שללה נזק מיניסקיאלי והדגימה בצקת לשדית מינימלית ונוזל תוך פרקי. בדיקת EMG הדגימה רדיקלופטיה ועדות לפגיעה בגובה C6-C5 והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי וביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, הקרנת הכאבים לגפיים העליונות, מכאבים והגבלה בתנועות ברך שמאל, מקושי בהליכה עמידה ושיבה ממושכות, מקושי בהקלדה והרמת חפצים, מקושי בהרמה, מקושי באחיזת חפצים, מכאבים עזים, מקשיי שינה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובע מנהל פרויקטים עם ניסיון עשיר בתכנות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, ריכוז והקלדה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

16. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

התובעת 2:

18. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים הלל יפה בחדרה, שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב ושטפי דם מרובים על פלג גופה התחתון, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

19. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופלה התובעת ע"י אורתופד אשר איבחן הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר והיא הופנתה להמשך מעקב, הפניה לקבלת זריקה לשיכוך כאב, מנוחה, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה דחופים ולבישת צווארון רך.



20. בנוסף לכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב החלה התובעת לסבול מכאבי ראש וסחרחורות והומלץ לה על ביצוע טיפולי רפואה משלימה בנוסף לטיפול הפיזיותרפיה והימנעות ממאמץ.

21. נוכח הקרנת הכאבים לגפיים והירדמות כף היד הופנתה לביצוע בדיקת EMG במקביל להמשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב לרבות טיפול באמצעות זריקות שיכוך כאב.

22. התובעת אשר טופלה בין היתר באטופן לשיכוך כאב לקחה בהתקף אלרגיה עם ביטוי קליני של נפיחות בלוע והיא טופלה במסגרת מוקד לטיפול רפואי דחוף.

23. חרף הטיפולים הרבים שעברה ובהיעדר שיפור הוחלט להפנותה לטיפול במסגרת מרפאות כאב, המשך טיפול שיכוך כאב באמצעות זריקות ולבישת צווארון רך.

24. בדיקת EMG שבוצעה לתובעת הדגימה פולירדיקלופתיה צווארית והומלץ לה על המשך מעקב וטיפול כאב ומעקב אורתופדי ונוירולוגי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

25. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש וסחרחורות, מהקרנת הכאבים לגפיים והירדמות זרוע וכף ידה השמאלית, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בהקלדה ובאחיזת חפצים והרמה, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מהתקפי כאב עזים וצורך בקבלת זריקות לשיכוך כאב, קושי בהירדמות, עייפות ושינה כאובה היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

26. התובעת מנהלת מחלקה בחברת יד 2, ובמקביל לתפקיד ניהולי בכפיות להנהלה הבכירה משלבת לימודים אקדמיים, עבודתה ולימודיה כרוכים מעצם טיבם וטבעם בישיבה ממושכת ועבודה מול מחשב ובישיבות, ובעטיה של התאונה על תוצאותיה מתקשה בביצוע עבודתה ובלומדיה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

27. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

28. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, ובדגש על אופי פגיעותיה, נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

29. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

30. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 90,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 8,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 6,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 7,350

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות, הוצאות פארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

31.

32. להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ג. נזק מיוחד:

- (5) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 100,000
- (6) עזרת הזולת בעבר – ₪ 18,000
- (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 9,500
- (8) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 12,500

ד. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקיה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (6) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (7) עזרת הזולת בעתיד.
- (8) הוצאות רפואיות, הוצאות טיפולים רגשיים, הוצאות פארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (9) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (10) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

33. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

34. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.



35. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובעים כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה ותמונות נזק (עמודים 9 עד 13)	9
נספח 2: תעודות רפואיות - התובע 1 (עמודים 15 עד 46)	15
נספח 3: תעודות רפואיות - התובעת 2 (עמודים 48 עד 84)	48
נספח 4: בקשה למינוי מומחים - התובע 1 (עמודים 86 עד 86)	86
נספח 5: בקשה למינוי מומחים - התובעת 2 (עמודים 88 עד 88)	88
נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר-התובע 1 (עמודים 90 עד 93)	90
נספח 7: יפוי כח וסר ותצהיר התובעת 2 (עמודים 95 עד 98)	95



נספח 1 :

אישור משטרה ותמונות נזק

(עמודים 9 עד 13)



טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

פרטים כלליים

353563/2022	מספר תיק פלא	שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף	יחידה
ת.ד., כללי	סיווג תיק	משטרת חדרה כביש 4 הישן חיפה - תא	כתובת
א	מס' מסמך בתיק	046327400	טלפון
09:19, 31/07/2022	תאריך	046327211	פקס
		bohanim.hadera@police.gov.il	דואל

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 22/06/2022 בשעה 02:20

2. מקום התאונה:

צומת השרון בכביש בין עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	27521002	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יונדאי קוראה
חברת ביטוח	הפניקס הישראלי	מספר פוליסה	21-096-541-6903525	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	32816985	גיוילי יאיר	07/07/1978	עכו, בת שבע 21	הלל יפה - חדרה	קלה
נוסע	300598935	אזולאי סימה	28/12/1986	חדרה, גלעד 4	הלל יפה - חדרה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	7235172	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	ניסאן אנגליה
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג		null null				

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 31/07/2022

פרטי המטפל בתיק

מ"א 973081 שם משפחה דהרי שם פרטי אביטל

פרטי השוטר המוסר

973081	אביטל	דהרי	רסב
מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה

שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף

מקום שרות

חוקר/בוחן תנועה תאונות דרכים

תפקיד

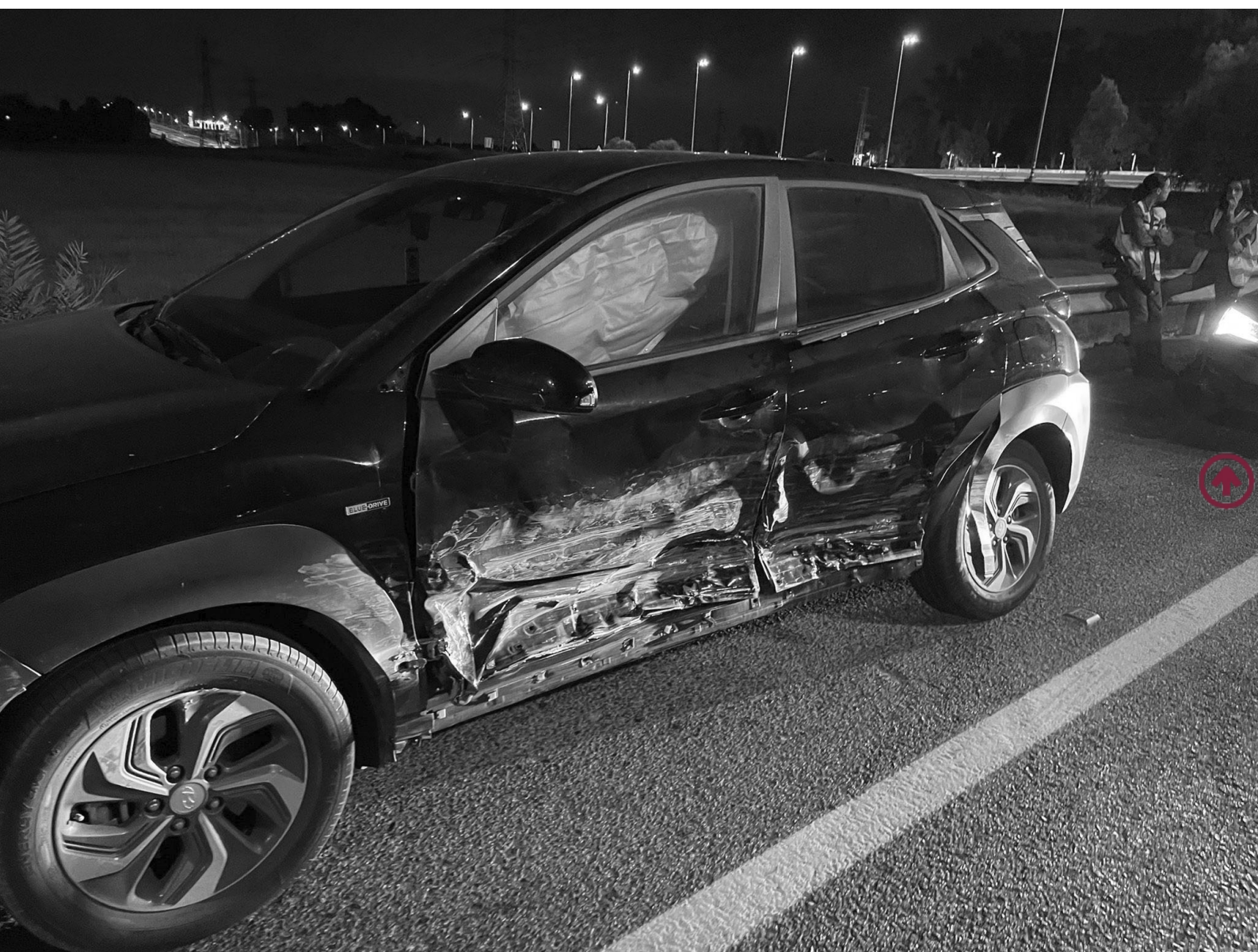
חתימה

31/07/2022 09:19









נספח 2 :

תעודות רפואיות - התובע 1

(עמודים 15 עד 46)





מחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795	אח/ות אחראי/ת: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 18:05 22/06/2022

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11486499

המידע הכלול במסמך זה מגון על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: גיוילי	שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 32816985
מין: זכר	ת. לידה: 07/07/1978	גיל: 43
כתובת: בת שבע 21 עכו עכו 2461241	טלפון: 052-2828944	שם האב: דוד
מצב משפחתי: גרושה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 22/06/2022 שעה: 13:13

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 22/06/2022 שעה: 18:03

יעד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING DRIVER OF MOTOR VEHICLE OTHER THAN MOT (E819.0)

תלונה עיקרית

מעורבות בתאונת דרכים מאתמול.

מחלה נוכחית

בן 43

לדבריו בלילה היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג.
שולל חבלת ראש או בטן. היה חגור, נפתחו כריות אוויר.
מלין על כאבים בצלעות משמאל.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי הכרה מלאה, ללא חיוורון

ראש סימטרי ללא סימני חבלה

בית חזה וריאות קנה מרכזי, ללא סימן חגורה, סימני שיפשוף צלעות משמאל הלטארלי, ללא דפורמציה, רגישות במישוש בצלעות משמאל, חזה עליון משמאל.

בטן ללא סימן חגורה או סימן חבלה אחר. בטן רכה ולא רגישה

נירולוגית גCS 15, ללא חסר ניורולוגי גס

יעוצים

רופא מבקש: דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

מועד הבקשה: 22/06/2022 15:07

מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי

תאריך ביקור מתוכנן: 22/06/2022

הגדרת הבעיה: ת דרכים

נרשם ע"י דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

ביום קבלתו, נהג חגור מעורב בתאונת דרכים במנגנון צידי. נפתחו כריות אוויר, לא נשברו חלונות

כעת מלין על כאבים בצוואר, גב תחתון ובצלעות
בבדיקתו: נושא משקל על שתי רגליו מתהלך בתבנית תקינה
מניע צוואר עם כאב בסוף טווחים

ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראורטברלית צווארית ומוותנית.

מניע 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים
הוסבר למטופל כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבין. משוחרר
כעת מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות:

קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני
משככי כאבים לפי הצורך

בהחמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

חתימה: _____

בדיקות עזר ודימות

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT בית החזה	22/06/2022	*ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נזל פלאורלי או פריקורדיאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים. *ללא עדות לפגיעה חבלתית באיברי הבטן (כבד, טחול, לבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים. * לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן. ממצא נוסף, לא חבלתי: כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד, הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ HU 53 יתכן המגיאומות.
CT בטן/אגן	22/06/2022	*ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נזל פלאורלי או פריקורדיאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים. *ללא עדות לפגיעה חבלתית באיברי הבטן (כבד, טחול, לבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים. * לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן. ממצא נוסף, לא חבלתי: כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד, הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ HU 53 יתכן המגיאומות.

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	22/06/22 15:38	22/06/22 15:22	22/06/22 15:19
המטולוגיה- ספירת דם	WBC (10e3/uL)	4.00-10.00		4.50	
המטולוגיה- ספירת דם	NEUTRO abs (10e3/uL)	2.00-7.50		2.51	
המטולוגיה- ספירת דם	NEUTRO% (%)	40.0-75.0		56.0	
המטולוגיה- ספירת דם	LYMPHO abs (10e3/uL)	1.50-4.00		1.43↓	
המטולוגיה- ספירת דם	LYMPHO% (%)	20.0-45.0		31.8	
המטולוגיה- ספירת דם	MONO abs (10e3/uL)	0.20-0.80		0.46	
המטולוגיה- ספירת דם	MONO% (%)	2.0-10.0		10.3↑	
המטולוגיה- ספירת דם	EOS abs (10e3/uL)	0.0-0.4		0.1	
המטולוגיה- ספירת דם	EOS% (%)	0.0-6.0		1.2	
המטולוגיה- ספירת דם	BASO abs (10e3/uL)	0.00-0.10		0.03	
המטולוגיה- ספירת דם	BASO% (%)	0.0-1.0		0.7	
המטולוגיה- ספירת דם	RBC (10e6/uL)	4.40-6.10		4.72	
המטולוגיה- ספירת דם	HGB (g/dl)	13.2-17.3		14.4	
המטולוגיה- ספירת דם	HCT (%)	42.70-52.00		39.90↓	
המטולוגיה- ספירת דם	MCV (fL)	80.0-96.0		84.6	
המטולוגיה- ספירת דם	MCH (Pg)	26.00-32.00		30.50	
המטולוגיה- ספירת דם	MCHC (g/dl)	32.0-36.0		36.1↑	
המטולוגיה- ספירת דם	RDW (%)	11.6-14.8		12.9	
המטולוגיה- ספירת דם	NRBC abs (10e3/uL)			0.005	
המטולוגיה- ספירת דם	NRBC (Nucleated red blood cells) / leukocytes % - blood (cells/100WBC)			0.11	
המטולוגיה- ספירת דם	Platelet, automated count - blood (10e3/uL)	140-440		224	
המטולוגיה- ספירת דם	PCT			0.2	
המטולוגיה- ספירת דם	MPV (fL)	8.3-13.0		9.6	
המטולוגיה- ספירת דם	PDW			17.60	
המטולוגיה- קרישה	PT,SEC (sec.)	8.5-12.5	10.7		
המטולוגיה- קרישה	PT-INR-B (Ratio)	0.75-1.30	0.99		
המטולוגיה- קרישה	PTT-blood (sec.)	22.0-32.0	23.0		
ביוכימיה - כימיה בדם	Glucose-B (mg/dl)	70-100			113↑



פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	22/06/22 15:38	22/06/22 15:22	22/06/22 15:19
ביוכימיה - כימיה בדם	BUN-B (mg/dl)	6.0-20.0			11.9
ביוכימיה - כימיה בדם	Potassium-B (mmol/l)	3.60-5.00			4.31
ביוכימיה - כימיה בדם	Sodium-B (mmol/l)	135.0- 144.0			140.0
ביוכימיה - כימיה בדם	Creatinine-B (mg/dl)	0.70-1.20			1.05
ביוכימיה - כימיה בדם	Amylase-B (U/l)	28-100			36
ביוכימיה - כימיה בדם	LD Lactate dehydrogenase-B (U/l)	240-480			293
ביוכימיה - כימיה בדם	AST(GOT)-B (U/l)	0-40			26
ביוכימיה - כימיה בדם	ALT(GPT)-B (U/l)	10-50			44
ביוכימיה - כימיה בדם	Alkaline Phosphatase-B (U/l)	40-129			66
ביוכימיה - כימיה בדם	GGT- Gamma Glutam. Trans.-B (U/l)	8-61			22
ביוכימיה - כימיה בדם	Protein, total-B (g/dl)	6.6-8.7			7.5
ביוכימיה - כימיה בדם	Albumin-B (g/dl)	3.5-5.2			5.1
ביוכימיה - כימיה בדם	Globulin - blood (g/dl)	2.3-3.5			2.4
ביוכימיה - כימיה בדם	Albumin/Globulin-B	1.20-2.60			2.11
ביוכימיה - כימיה בדם	Bilirubin, total-B (mg/dl)	0.30-1.20			0.91
ביוכימיה - כימיה בדם	CRP (mg/l)	0.0-5.0			0.8
ביוכימיה - כימיה בדם	OSM-cal-B				290
ביוכימיה - כימיה בדם	Hemolysis Index -B				NORMAL
ביוכימיה - כימיה בדם	Lipemic Index-B				NORMAL
ביוכימיה - כימיה בדם	Icteric Index-B				NORMAL

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IV
Drug Dosage: 1 g	INJ	22/06/2022 17:47	Once Rate from nurse:0	PARACETAMOL 1G INJECTION INJ 1 g	

סיכום ודיון

בן 43, בריא בדר"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות לתרופות.

פנה למיון עקב כאבים שהופיעו לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים מאתמול. מנגנון צדי, נהג עם חגורה, נפתחו כריות אוויר, לא נשבור שמשות. שולל סיפור של אובן הכרה, ללא בחילות או הקאות.

ללא טשטוש ראייה או סחרחורות. שולל חבלת ראש, כעת מלין על כאבים בבית חזה קדמי משמאל. ללא תלונות נוספות.

בקבלתו לחדר מיון - יציב, ללא סימני מצוקה. מדדים חיוניים תקינים.

במיון נבדק ע"י אורתופד - בבדיקתו נושא משקל על שתי רגליו מתהלך בתבנית תקינה מניע צוואר עם כאב בסוף טווחים
ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראורטברלית צווארית ומותנית.
מניע 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים
הוסבר למטופל כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבין.
שחרר מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות:
-קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני
-משככי כאבים לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

במיון ביצע CT בית חזה ובטן -

*ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נוזל פלאורלי או פריקורדיאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים.
*ללא עדות לפגיעה חבלתית באברי הבטן (כבד, טחול, לבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנוזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן
והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים.
*לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן.
ממצא נוסף, לא חבלתי:
כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד,
הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ- 53 HU יתכן המגניאומות.

במהלך שהותה במיון טופלה עם משככי כאבים, ללא אירועים חריגים. הערכה טרם שחרור, מסתובב חופשי ללא תלונות על קוצר
נשימה או סימני מצוקה.

הוסבר למטופל כי לאחר תאונת דרכים השרירים לאורך הגב נתפסים בחוזקה והכאב מחמיר ביום-יומיים שלאחר התאונה.
הוסבר מהלך הכאב הצפוי וניתנו המלצות לשיכון הכאב, הבין.



לסיכום-

כעת, ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה. באישור רופא תורן בכיר א, 'משוחרר לביתה עם ההמלצות הבאות:

סטטוס מטופל בשחרור

טוב.

המלצות כלליות

המלצה: *מעקב רופא מטפל בקהילה.

*ראה יעוץ אורתופד לעיל.

*אנלגטיקה לפי הצורך.

*לאור ממצא לא חבלתי ב-CT כמתואר לעיל, מומלץ לבצע סונר כבד בקהילה.

*במידה ותהייה החמרה במצב (לרבות כאבים בחזה, קוצר נשימה, בחילות, הקאות או כל תסמין חריף אחר) יש
לפנות למיון. כל פניה למיון מחויבת בתשלום או בטופס התחייבות.

החלמה מהירה!

רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' שפר דניאל מ.ר. 145160

רופא: דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' מדלג דוועא מ.ר. 165082	רופא	22/06/2022 18:05

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנות למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



0039070131



122390

קוד הפניה: 277450848

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



0032816985

מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: גודל ומרקם הכבד? המנגיומות?

תלונות: בן 43, ג+3.

בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות.

לאחר ת.דרכים ב-21.06.22 עם פציעה במנגנון WHIPLASH.

נבדק אתמול במיון. לאור חדש לקרע בטחול בוצע CT- נשללה חבלה של איברי הבטן.

לציין ממצא מקרי של כבד מוגדל עם ממצאים היפודנסיים, ככה"נ המנגיומות.

שוחרר עם המשך טיפול באנלגטיקה.

עדיין כאוב.

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- ROAD ACCIDENT



מעשנת/ת : לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



0039070131



122390

קוד הפניה: 277450848

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

07/07/1978

ת.לידה:



0032816985

מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: גודל ומרקם הכבד? המנגיומות?

תלונות: בן 43, ג+3.

בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות.

לאחר ת.דרכים ב-21.06.22 עם פציעה במנגנון WHIPLASH.

נבדק אתמול במיון. לאור חדש לקרע בטחול בוצע CT- נשללה חבלה של איברי הבטן.

לציין ממצא מקרי של כבד מוגדל עם ממצאים היפודנסיים, ככה"נ המנגיומות.

שוחרר עם המשך טיפול באנלגטיקה.

עדיין כאוב.

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- ROAD ACCIDENT



מעשנת/ת : לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

תאריך: 28/07/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



028856

קוד הפניה: 282764181

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978

ת.לידה:



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

אבחנה:

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: להתקשר ל 3555* לצורך קביעת תור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

28/07/2022

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר כריני פריד
Dr. Karayanni Farid
מ.ר. גורם מפנה
028856





028856

קוד הפניה: 282764747

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

מרפאת מכבי טבעי

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

שם המכון:

רפואה אלטרנטיבית (רפואה משלימה)

סיבת הפנייה:

לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים:

צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN



מעשנת: לא

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

28/07/2022

תאריך

חתימה וחזותמת הרופא

ד"ר כריני פריד
Dr. Karayanni Farid
282764747
26678

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



028856

קוד הפניה: 282764747

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

07/07/1978

ת.לידה:



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

מרפאת מכבי טבעי

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

שם המכון:

רפואה אלטרנטיבית(רפואה משלימה)

סיבת הפנייה:

לדבריו ב22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים:

צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN



מעשנת: לא

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

28/07/2022

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



028856

קוד הפניה: 282764181

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

מכון פיזיותרפיה

גורם משלים: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שריריים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: להתקשר ל-3555* לצורך קביעת תור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

28/07/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



שם יועץ: קולט יעל תחום: פיזיותרפיה תאריך ייעוץ: 26/10/2022

הופנה לפיזיותרפיה עקב: CERVICALGIA, LOW BACK PAIN
בוצעה סדרה באורך 7 ביקורים מתאריך 15/08/2022 עד תאריך 26/10/2022.
במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה, טיפול מנואלי.
הסדרה הסתיימה ביזמת פיזיותרפיסט.
מטרות הטיפול שהוגדרו: חזרה למשחק כדורסל, ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע, קימה משיבה לעמידה, כיפוף לרצפה להרמת חפצים, סיבוב ראש לצדדים, הסתובבות במיטה, קימה מהמיטה דרך צד שמאל הושגו באופן חלקי.
מידת הגעה לטיפול במידה מרובה ושיתוף פעולה בטיפול במידה מרובה
הערות: מנסה לחזור לפעילות שגרתית אך עדיין במאמץ כמו הרמת משקלים מעל 5 ק"ג לגובה או עבודה עם הידיים או הצוואר ב
לאורך זמן מרגיש את הכאבים מגברים לפעמים מספר ימים. מקפיד על שחרור ומתיחות. הדרך להוסיף חימום מקומי להרפית שרירים בנוסף לתרגילים ושימוש בגירויים חשמליים.
תופעה שעדיין לא נעלמה זה נימול לזרת השמאלית.
במידת הצורך יחזור לטיפול.

קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 04/05/2023

סוג ייעוץ: רגיל
 תאריך הפניה: 28/07/2022 סוג הפניה: מכון
 גורם מפנה: רופא מכבי
 שם רופא מפנה: ד"ר כריני פריד
 אבחנה:
 • CERVICALGIA
 • LOW BACK PAIN
 התמחות: אורתופדיה

תלונות: לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב
 ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
 גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות
 מטרת ההפניה: להתקשר ל-3555* לצורך קביעת תור

תשובת היועץ

תאריך רישום: 26/10/2022 תאריך ההפניה: 28/07/2022

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו ב22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

נימול בכפות ידיים

כאבים בברך שמאל מעל MM

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13

צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 13

הדפסת תיק מטופל
גילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2



בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

שאלה	תשובה
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

creatinine: 0.84 תאריך: 07/08/2018

eGFR: 109 תאריך: 07/08/2018

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בירור כאבים ברך האם קיימת עדות לפגיעה בLCL MCL PCL LMACL MM

מס' ביקור: 1

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 15/08/2022

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

שם המכון: קרית מוצקין-מכון פיזיותרפיה

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
חזרה למשחק כדורסל			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה משיבה לעמידה			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
כיפוף לרצפה להרמת חפצים			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
סיבוב ראש לצדדים			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
הסתובבות במיטה			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה מהמיטה דרך צד שמאל			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022

ציון תפקודי FHS : 46

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 8

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 33

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	כללי	40	לבצע בדיקה פיזיקלית בהמשך	!	
EDUCATION TECHNIQUES	כללי	0	הסבר על מנגנון הפציעה.	!	EDU PATHO ANATOMY
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	30	3 תרגילים בשכיבה על הגב. יש מוגבלות גדולה לתנועה	!	FLEXIBILITY EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	20	2 תרגילים בישיבה עם אחיזת הצוואר	!	FLEXIBILITY EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	כללי	0	הנחיה להליכה 20 דקות עד הטיפול הבא	!	
ביקור רגיל				!	

! 0015403

17/08/2022 10:24:52

גליון ביקור-פיזיו

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע		הושלם	29/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה משיבה לעמידה			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
כיפוף לרצפה להרמת חפצים			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
סיבוב ראש לצדדים		הושלם	29/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
הסתובבות במיטה			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה מהמיטה דרך צד שמאל			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022

הערות טיפול קודם: החל להתלונן על נימול או חוסר תחושה בזרת של יד שמאל. בנוסף בזמן תנועות כל הצד השמאלי (מקביל לכל שרירי הטרפסיוס) תחושת התכווצות. בגב תחתון כאבים בבוקר בעיקר ביצענו חזרה על תרגילי תנועה בבוקר לצוואר וגב תחתון התחלנו תרגול עם משקולות ואליפטיקל.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	10	בעזרת גומיה ירוקה. כולל הדרכת תרגול לבית	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	5	תנועות בעזרת כדור מאחורי צוואר כנגד קיר	!	FLEXIBILITY EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	10	סקוויטים. תרגול סטטי. תרגול כנגד כדור	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	5	בעמידה	!	FLEXIBILITY EXERCISE
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	ע"ש מותני + אגן	20		!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
EDUCATION TECHNIQUES	כללי	10		!	EDU SELF TENS
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	10	דגש על יישור לאחור אשר משפר טווח סיבוב ראש לימין	!	FLEXIBILITY EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	10	תרגילי בוקר	!	FLEXIBILITY EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	10	אליפטיקל	!	AEROBIC TRAINING
THERAPEUTIC EXERCISE	כתף	10	חיזוקים: פולי עליון. משקולות	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	5		!	STABILIZATION EXERCISE
ביקור רגיל				!	

! 0015403

מס' ביקור: 6

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 12/10/2022

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
חזרה למשחק כדורסל			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע		הושלם	29/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה משיבה לעמידה		הושלם	21/09/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
כיפוף לרצפה להרמת חפצים			15/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
סיבוב ראש לצדדים		הושלם	29/08/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
הסתובבות במיטה		הושלם	21/09/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022
קימה מהמיטה דרך צד שמאל		הושלם	21/09/2022	קולט יעל	בדיקה אורטופדית	15/08/2022

הערות טיפול קודם: בשבוע האחרון מרגיש החרפה של המתח בצוואר. אינו מרגיש שתרגילים או עיסוי בוולטרן מקל

טווחים שמורים אך יש מתח שרירי לאורך כל עמו"ש בזמן רוטציות וכאב בלהסתכל לתקרה
בוצע עיסוי שחרור רקמות רכות ושילוב בגירויים חשמליים עם הקלה



טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	כללי	10		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	15	5 דקות ריצה קלה ואח"כ אליפטיקל	!	AEROBIC TRAINING
ביקור רגיל				!	

הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 22

הדפסת תיק מטופל
גוילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
Manual Therapy	ע"ש צווארי	10		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	ע"ש צווארי	20		!	
ביקור רגיל				!	

! 0015403

העתק טופס
13/09/2023

טלפון: 04-8781555

פקס: 073-2284302

כתובת: שד בן גוריון 80, קריית מוצקין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

07/07/1978

ת.לידה:



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

סיכום טיפול פיזיותרפיה

26/10/2022

תאריך הפקה:

ד"ר כריני פריד

לכבוד דר'

32816985

ת"ז:

גילי יאיר

מרת

CERVICALGIA • הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:
LOW BACK PAIN •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
חזרה למשחק כדורסל		הושלם חלקית	15/08/2022
ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע		הושלם	15/08/2022
קימה משיבה לעמידה		הושלם	15/08/2022
כיפוף לרצפה להרמת חפצים		הושלם חלקית	15/08/2022
סיבוב ראש לצדדים		הושלם	15/08/2022
הסתובבות במיטה		הושלם	15/08/2022
קימה מהמיטה דרך צד שמאל		הושלם	15/08/2022

טופל החל מ- 15/08/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	46	61
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	6
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	נמוך

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES
EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 7 ביקורים

חתימה

העתק טופס

טלפון: 04-8781555

פקס: 073-2284302

כתובת: שד בן גוריון 80, קריית מוצקין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: גוילי		שם פרטי: יאיר		ת.ז.: 32816985	
ת.לידה: 07/07/1978		מין: ז		טלפון: 0000000000		טל.עבודה/נייד: 0522828944	
כתובת: טניס 7/39, עכו		מיקוד: 2455324					



0032816985

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרת הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: מנסה לחזור לפעילות שגרתית אך עדיין במאמץ כמו הרמת משקלים מעל 5 ק"ג לגובה או עבודה עם הידיים או הצוואר בלאורך זמן מרגיש את הכאבים מגברים לפעמים מספר ימים. מקפיד על שחרור ומתיחות. הדרך להוסיף חימום מקומי להרפית שרירים בנוסף לתרגילים ושימוש בגירויים חשמליים. תופעה שעדיין לא נעלמה זה נימול לזרת השמאלית. במידת הצורך יחזור לטיפול

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: קרית מוצקין-מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל



תאריך: 04/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0057554727



028856



קוד הפניה: 323016938

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

E.M.G

שם המכון: NCV/E.M.G לידים

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
נימול בכפות ידיים

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS



פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: לבירור נימול לצורך טיפול לידים

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

04/05/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

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-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

000000000

טלפון:

מין: ז

07/07/1978

ת.לידה:



0032816985

מיקוד 2455324

כתובת: טניס 7/39, עכו

M.R.I. הפניה למכון דימות

שם המכון:

(מ.רפואי רמב"ם (בי"ח/קרן

(M.R.I) תהודה מגנטית

8 העליה השניה

31096

1700505150

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13

לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

נימול בכפות ידיים

כאבים בברך שמאל מעל MM

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13

צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING

גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעשנת/ת : לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (שמאל)

שאלה לרדיולוג:

בירור כאבים ברך האם קיימת עדות לפגיעה ב-LCL MCL PCL LMACL MM

מידע נוסף	פירוט
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
07/08/2018	4.8 שנים		Creatinine
07/08/2018	4.8 שנים		eGFR

תאריך הדפסה: 04/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס
13/09/2023

ד"ר כריני פריד

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: גילי	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 32816985
ת.לידה: 07/07/1978	מין: ז	טלפון: 000000000	טל.עבודה/נייד: 0522828944
כתובת: טניס 7/39, עכו	מיקוד: 2455324		

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

(מ.רפואי רמב"ם) בי"ח/קרן
(M.R.I) תהודה מגנטית
8 העליה השניה
31096

1700505150

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

נימול בכפות ידיים
כאבים בברך שמאל מעל MM

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (שמאל)

שאלה לרדיולוג:

בירור כאבים ברך האם קיימת עדות לפגיעה ב-LMACL PCL MCL LCL

מידע נוסף	פירוט
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
07/08/2018	4.8 שנים		Creatinine 0.84
07/08/2018	4.8 שנים		eGFR 109

תאריך הדפסה: 04/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס
13/09/2023

ד"ר כריני פריד

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: גילי		שם פרטי: יאיר		ת.ז.: 32816985	
		ת.לידה:	07/07/1978	מ.י.ז:	טלפון:	טל.עבודה/נייד:	0522828944
		כתובת:	טניס 7/39, עכו			מיקוד:	2455324

הפניה למכון דימות - M.R.I.

שם הרופא: ד"ר כריני פריד

תאריך: 04/05/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **





0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: גילי		שם פרטי: יאיר		ת.ז.: 32816985	
ת.לידה: 07/07/1978		מין: ז		טלפון: 000000000		טל.עבודה/נייד: 0522828944	
כתובת: 0032816985		טניס 7/39, עכו		מיקוד 2455324			

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם הרופא: ד"ר כריני פריד

תאריך: 04/05/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44
הודפס ע"י: הדפסת תיקים_אוניין

דף 7

הדפסת תיק מטופל
גוילי יאיר, ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	15:55:00 04/05/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאחר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על
כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
נימול בכפות ידיים
כאבים בברך שמאל מעל MM

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם
הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם
הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים
סמנים מניסקאליים מעל MM

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			LOW BACK PAIN
HANDS		Bil	PARESTHESIA
		Lt	KNEE PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 31/10/2023	E.M.G
בתוקף עד - 31/10/2023 נשלחה לאישור מרכז ארצי לדימות	מרכז ארצי לדימות - MRI: M.R.I. ברך (שמאל)
בתוקף עד - 02/08/2023	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0843000

מכון MRI

הנדון: גוילי, יאיר, ת.ז: 032816985 תאריך לידה: 07/07/1978

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 13/07/2023

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו-PD עם דיכוי שומן ואקסיאלית PD עם דיכוי שומן.

התוויה קלינית: ברור כאבים.

ממצאים:

הודגמו אותות תקינים ממח העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס.
הרצועות הצולבות והרצועות הקולטרליות הודגמו תקינות.
המניסקוסים בעלי מראה וגבולות שמורים.
המנגנון המיישר מודגם תקין.
מודגם פגם לכל עובי הסחוס המכסה את הפצט המדיאלי של הפיקה בקוטר 6 מ"מ במישור הצדדי פנימי (חתך 31 סדרה 2)
עם בצקת לשדית מינימאלית סוב-כונדרלית בסמוך.
הודגם נוזל תוך פירקי בכמות קטנה, ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

לסיכום: פגם בסחוס הפיקה כמתואר.

בברכה,
ד"ר פרידמן יהודה
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 21558

הוקלד על ידי: טלי יופליס
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוטה, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוטה בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסוטה עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב **מכבי** צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ מכוני ממוגרפיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
קריית-אנו שלמה המלך פינת חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקוה נורדא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דוד רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שלים שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 15/08/2023

שם משפחה: גוילי עיר/יישוב: עכו תיק מס': 2362127

שם פרטי: יאיר שילוב מסמך ע"י: קובי 09:13

מספר זהות: 032816985 גורם מבטח: שרותי ב. מכבי סניף :

ת. לידה: 07/07/1978 מין: ז רופא מפנה: כריני פריד ר. רופא מפנה: 28856



Department of Clinical Neurophysiology

EMG Mammograph LTD

Dr. Kaplan

Phone: 03-9347891 Fax:03-9315658

Name yair gvili
ID 32816985
Sex Male
Age 45
Tech.
Physician
Diagnosis

Height 0
Birth date 07/07/78
Report date 15/08/23
Invest. date 15/08/23
Invest. nr 00172371

Conclusion : Upper limbs NCS& EMG findings are compatible with mild-moderate chronic cervical polyradiculopathy
C5-C6 bilateral -more severe

MOTOR NERVES:	Lat SD [ms]	Amp SD [mV]	CV SD [m/s]	Amp% SD [%]	F SD [ms]
Left Medianus					
Wrist - aPh	3.3 0.9	11.0 -0.2			30.5 1.8
Ab Elb - Wrist	7.8	7.3 -1.1		-33 -3.5	
Left Ulnaris					
Wrist - ADM	2.5 -0.6	14.2 0.5			
Be Elb - Wrist	6.8	12.1 0.0	55.8 -1.4	-14 -1.5	
Ab Elb - Be Elb	7.7	13.3 0.3	55.6 -0.6	9 0.8	
SENSORY NERVES:	Lat SD [ms]	Amp SD [uV]	CV SD [m/s]	Amp% SD [%]	
Left Medianus					
digII - Wrist	3.3 1.0	41 -0.3			
Left Ulnaris					
dig 5 - Wrist	3.0 0.9	17 -1.4			

ד"ר קנבל מרק
מנהל מרפאה מיוקליטת ושיקום EMG
1987

רופא/ה בודק/ת: ד"ר קפלן מומחה בשיקום

רישיון רופא בודק: 27752 רישיון מומחה: 26987

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף

אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, לכן יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא כדין
עובר עבירה





קוד הפניה: 342588024

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טנים 7/39, עכו

כתובת: 0032816985

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - ברכיים

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
נימול בכפות ידיים
כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14
עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי
עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצאנ עדות לפגיעה בC56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעש/ת: לא

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 14/09/2023 עד תאריך 12/03/2024

14/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך



028856



קוד הפניה: 342588215

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טנים 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 נימול בכפות ידיים כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14 עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצא עדות לפגיעה בC56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מעשנת/ לא

סיבת ההפניה: להתקשר ל 3555* לצורך קביעת תור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/09/2023 עד תאריך - 12/03/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

14/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



028856



קוד הפניה: 342587928

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32816985

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: גוילי

טל.עבודה/נייד: 0522828944

מין: ז

ת.לידה: 07/07/1978



מיקוד 2455324

טנים 7/39, עכו

כתובת:

0032816985

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
נימול בכפות ידיים
כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14
עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי
עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצאנ עדות לפגיעה בC56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעש/ת: לא

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 14/09/2023 עד תאריך 12/03/2024

14/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

נספח 3 :

תעודות רפואיות - התובעת 2

(עמודים 48 עד 84)





מחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795	אח/ות אחראי/ת: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 15:21 22/06/2022

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11486500

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לרופא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: קובלקובסקי	שם פרטי: סימה	ת. זהות: 300598935
מין: נקבה	ת. לידה: 28/12/1986	גיל: 35
כתובת: גלעד 4 חדרה חדרה 3824032	טלפון: 052-6105836	שם האב: אליהו
מצב משפחתי: גרוש/ה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 22/06/2022 שעה: 13:16

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 22/06/2022
יעד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING PASSENGER IN MOTORVEHICLE OTHER THAN M (E819.1)

בריאה בדרך כלל

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת 35

לדבריה בלילה בייתה מעורבת בתאונת דרכים. הייתה חגורה, נפתחו כריות אוויר. שוללת חבלת ראש חזה או בטן. מלינה על כאב צוואר משמאל. שוללת איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות. ללא תלונות נוספות.

רגישות לתרופות

תאריך רישום

02/08/2020

02/08/2020

שם התרופה

VENOFER AMP 100MG/5ML

TRIMETHOPRIM

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

RITALIN LA CAP 20MG PO

20 mg

בדיקה גופנית

נבדק: ק

הכרה מלאה, ללא חיוורון

מצב כללי

סימטרי ללא סימני חבלה

ראש

בית חזה וריאות קנה מרכזי, ללא סימן חגורה, ללא סימן חבלה, ללא דפורמציה מעט מאוד רגישות במישוש. בחזה עליון משמאל

ללא סימן חגורה או סימן חבלה אחר. בטן רכה ולא רגישה

בטן

GCS 15, ללא חסר נירולוגי גס

נירולוגית

יעוצים

דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

רופא מבקש:

22/06/2022 15:09

מועד הבקשה:

מיון אורתופדי

מופנה אל מחלקה:

22/06/2022

תאריך ביקור מתוכנן:

ת דרכים

הגדרת הבעיה:

נרשם ע"י דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

בלילה קבלתה, נוסעת חגורה מעורבת בתאונת דרכים במנגנון צידי. נפתחו כריות אוויר, לא נשברו חלונות

כעת מלינה על כאבים בצוואר, גב תחתון

בבדיקתה: נושאת משקל על שתי רגליה תבנית הליכה תקינה

מניעה צוואר עם כאב בסוף טווחים

ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראוורטברלית צווארית ומותנית.

מניעה 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים

הוסבר למטופלת כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבינה,

משוחררת כעת מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות:

- קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני

-משככי כאבים לפי הצורך

-בהחמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

חתימה: _____

סיכום ודיון

בת 35

לדבריה בלילה בייתה מעורבת בתאונת דרכים. הייתה חגורה, נפתחו כריות אוויר.

שוללת חבלת ראש חזה או בטן.

מלינה על כאב צוואר משמאל.

שוללת איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות. ללא תלונות נוספות.

נבדקה ע"י אורטופדים, ראה יעוץ מצורף.

כעת ללא בעיה כירורגית חריפה משוחררת לביתה באישור ד"ר קרביצקי עם המלצות בשחרור:

סטטוס מטופל בשחרור

טוב

המלצות כלליות

המלצה: * ראה יעוץ אורתופד לעיל.

* מעקב רופא מטפל בקהילה

* במקרה החמרה יש לפנות למלר"ד

רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078.

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078	רופא	22/06/2022 15:21

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.





034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

0300598935

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

**סיבת ההפניה: פזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



122390

קוד הפניה: 277451761

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000208434208

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 23/06/2022 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מארזים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
צווארון רך (ללא צורך בהפניה)	1	1	96565		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 21/09/2022

23/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה



ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

0300598935

תמצית הביקור מתאריך 23/06/2022 בשעה 17:10

תאריך הביקור: 23/06/2022

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 10 Units > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

עד תאריך	מתאריך	שם / תיאור	סוג
		אחות: זריקה תוך שרירית IM	הפניה
		הפניה לאבזר / ציוד רפואי-אורתופדיה	הפניה
30/06/2022	22/06/2022	אישור מחלה	אישור



002084342082



ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

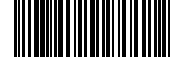
0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

0300598935

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 22/06/2022 עד יום: 30/06/2022 סה"כ: 9 ימים.

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

טלפון: 0526105836

מין: נ

ת.לידה: 28/12/1986



מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

0300598935

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

• VEGETARIANISM (2018)

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

תרופות קבועות:

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/06/2022

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר שמואל הינמן
מומחה לאורתופדיה
מ.ר. 034356
מ.ר. מ. 277790508
חתימה וחותמת

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



122390

קוד הפניה: 277451761

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000208434208

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 23/06/2022 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מארזים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
צווארון רך (ללא צורך בהפניה)	1	1	96565		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 21/09/2022

23/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה



122390

קוד הפניה: 277448683

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

אחות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג טיפול	דרך מתן	שם תרופה	מינון למתן	פעמים ביום	תדירות	משך טיפול	סה"כ	הערות
זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	ABITREN	75 mg	1	חד פעמי		1	

מטופל – הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/06/2022 17:19

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,

עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555* או ל 1-700-50-53-53

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים:

1

משך הבעיה:

בעיה תת חריפה - בין 3 שבועות ל- 3 חודשים

הסטוריה:

ב תאריך 22-06 הייתה מעורבת בת.דרכים כשישנה במושב על יד הנהג אוטו אחר פגע באוטו בו היא נסע גרם לאוטו להסתובב מהמכה היא נחבלה ב2 הצדדים של הגף הייתה במיון בבית חולים הילל יפה לאחר המלצה הייתה עם סד לצוואר במשך 3 שבועות והורידה היום חזרת לנהוג חזרה לעבודה עדיין כאבים באזור צוארי ו מעל השיכמות ישיבה גורמת לכאבים חזקים יותר ותחושה של זרמים באזור לפני ה תאונה תרגלה יוגה כל יום היום לא מסוגלת עקב כאבים בנוסף מדווחת על תחושה של סחרחורות בצורה של שיוט

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

כאב מפושט, באזור צוארי וגב עליון

תדירות הסימפטומים:

בא והולך, תלוי בתנוחה בישיבה הכאב מחריף ו בסוף היום

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

ישיבה נהיגה

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

שינוי תנוחה

דיקור

נטילת משככי כאב.

רוקסט +

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: ישיבה ממושכת

פעילות גופנית: כן 3 פעמים או יותר בשבוע

תאריך: 16/11/2022

מ.ר גורם מפנה



101119

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה
הערת טופס
12/09/2023

נוכל וויי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2284190

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קובלקובסקי	שם פרטי: סימה	ת.ז.: 300598935
ת.לידה: 28/12/1986	מין: נ	טלפון: 0526105836	טל.עבודה/נייד: 0526105836
כתובת: חדרה, הקידה 15/8	מיקוד: 3849051		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר הינמן שמואל תאריך הפקד: 16/11/2022

מרת קובלקובסקי סימה ת"ז: 300598935

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
יכולת לסובב ראש לכל כיוון עם הקלה בקושי			28/07/2022
יכולת לחזור ליוגה בהדרגתיות			28/07/2022
יכולת להתכופף לפנהיים עם הקלה בקושי			28/07/2022

טופל החל מ- 28/07/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	36	36
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	7	7
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES

סה"כ 1 ביקורים

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול

יכולת חזרה לפעילות: לא

ידוע/

לא

רלוונטי

השגת מטרות הטיפול: לא ידוע/לא רלוונטי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים לא ידוע/לא רלוונטי
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

חתימה

תאריך: 16/11/2022

מ.ר גורם מפנה



101119

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה
הערת טופס
12/09/2023

ווקל וויי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2284190

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: קובלקובסקי		שם פרטי: סימה		ת.ז.: 300598935	
ת.לידה: 28/12/1986		מין: נ		טלפון: 0526105836		טל.עבודה/נייד: 0526105836	
כתובת: הקידה 15/8, חדרה		מיקוד: 3849051					

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: חדרה מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: ווקל וויי

☒ הפק ללא הדפסה





0028635761



034356

קוד הפניה: 298430612

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 28/12/1986



0300598935

מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

E.M.G

תלונות:

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

ממצאים:

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אי נקעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: EMG גפיים עליונות בשאלה של רדיקולופתיה/פגיעה אולנרית משמאל

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

22/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

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-180 יום, מתאריך - 22/11/2022 עד תאריך - 21/05/2023



0028635761



034356

קוד הפניה: 298430612

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 28/12/1986



0300598935

מיקוד: 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

E.M.G

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 אי נקעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: EMG גפיים עליונות בשאלה של רדיקולופתיה/פגיעה אולנרית משמאל

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

22/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

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-180 יום, מתאריך - 22/11/2022 עד תאריך - 21/05/2023



034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

0300598935

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

**סיבת ההפניה: פזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

26/08/2022 10:58:03

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו-8 חודשים

גיל: 35.7 מספר ביקור: 00214613919

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 23/06/2022 בשעה 17:10:11 לאחר ת.דרכים ב-21.06 עם פציעה במנגנון WHIPLASH. נבדקה אתמול במיון וטופלה באסיבל וולטרן IM. עדיין כאובה, מבקשת זריקת וולטרן ואנלגטיקה.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03
סחרחורות מאז תאונת הדרכים

22/06/2022

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים



ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03

אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
רומברג מעט חיובי
ללא סמני צד או פירמידליים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
			VERTIGO

מוזמן למעקב:

גיל: 35.10

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור:

0222626395

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אי נכעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY

הערות	בדיקות/הפניות
21/05/2023 - בתוקף עד	E.M.G

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0730900

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר אין חסר נירולוגי ברגליים.

מטרת ההפניה: פיזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.

תשובת היועץ

תאריך רישום:	16/11/2022	תאריך ההפניה:	26/06/2022
שם יועץ: ווכל ווי	תחום: פיזיותרפיה	תאריך ייעוץ:	16/11/2022



הופנה לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY
בוצעה סדרה באורך 1 ביקורים מתאריך 28/07/2022 עד תאריך 28/07/2022.
במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה.
הסדרה נסגרה עקב אי הגעה של המטופל לתור ההמשך.
מטרות הטיפול שהוגדרו: יכולת לסובב ראש לכל כיוון עם הקלה בקושי, יכולת לחזור ליוגה בהדרגתיות, יכולת להתכופף לפניהם עם הקלה בקושי.

קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 20/11/2022

תאריך: 28/04/2023

מ.ר גורם מפנה



020757

קוד הפניה: 321961220

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
12/09/2023

ד"ר גרמפל חיים

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 04-9593594

פקס: 04-8886012

כתובת: הלל יפה 11, חדרה (בנין "קורן" קומת קרקע)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: קובלקובסקי		שם פרטי: סימה		ת.ז.: 300598935	
ת.לידה: 28/12/1986		מין: נ		טלפון: 0526105836		טל.עבודה/נייד: 0526105836	
כתובת: הקידה 15/8, חדרה		מיקוד: 3849051					

התייעצות מומחה

- במכבי

אלרגולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: לאחר חיסון ראשון לקורונה פיתחה אלרגיה קלה בצורת אורטיקריה ואנגיואדמה.
טופלה בסטרואידים.
לאחר תחליף ETOPAN אותה תגובה.
מטופלת אצל אלרגולוג פרופ" הרשקו.

אבחנה:

• URTICARIA
send to allergolgosit

• VEGETARIANISM (2018)

מעשנת : לא

בעיות ידועות:

רגישויות: VENOfer - 04/07/2019 - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לטיפולך.
טוענת לרגישות לחומר PVP30

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

28/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/04/2023 עד תאריך - 25/10/2023

מס' ביקור: 14533803

תאריך: 15/04/23 שעת קבלה: 21:46 סיום: 15/04/2023 23:41

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות:

רספרם

סולפה

תלונות החולה:

בת 36 בריאה בד"כ
ידוע על רגישות לסופלה, רספרם
ידוע על התקפי אלרגיה

פנתה עקב התקף אלרגיה עם ביטוי קליני של נפיחות בשפתיים ולשון
גירודים ללא תפרחת
ללא חום ללא קשיי נשימה
ללא תסמיני GI ללא תסמינים נוירולוגיים
ללא תלונות אחרות

מדדים: חום: 36.5 PO לחץ דם: 119/79 דופק: 121 סדיר סטורציה: 96%

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב
ללא כחלון או חיוורון או צהבת
פריחות אורטיקריאליות קטנות בגב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לוע – ללא אודם ללא תפליטים
נפיחות בשפתיים בעיקר התחתונה, נפיחות בלשון
ללא נפיחות סביב העיניים בזמן בדיקתה
כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחורים ללא צפצופים
קולות לב סדירים ללא אוושות
נוירולוגית ללא חסר

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGY, UNSPECIFIED, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

טיפולם שבוצעו:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 164885

שם הרופא: דר' מחאמיד מוחמד

מס' ביקור: 14533803

תאריך: 15/04/23 שעת קבלה: 21:46 סיום: 15/04/2023 23:41

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

22:42 Normal Saline 0.9% ml 500.00 במשך 30 דקות

תרופות שניתנו במרפאה:

תאור התרופה יח"/מנה כמות

1

PRAMIN 10MG 2CC AMP

1

SOLU MEDROL 125MG 2CC

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

לסיכום:

התקף אלרגיה ללא עדות לאנפילקסיס מומלץ

מעקב רופא מטפל בהקדם

מעקב רופא אלרגולוג בקופ"ח

טלפסת 180 מ"ג פעם ליום ל 5 ימים

פרדינזון 40 מ"ג פעם ליום ל 3 ימים

בכל מצב של החמרה יש לפנות לרופא זמין

המשך מעקב אצל רופא מטפל



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 164885

שם הרופא: דר' מחאמיד מוחמד

תעודה רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רספירם

סולפה

תלונות החולה:

הגיעה עקב הרגשת נפיחות בלשול לאחר שקבלה איטופן

מדדים: חום: 37 PO לחץ דם: 140/80 דופק: 103 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

נפיחות קלה בלשון

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGIC URTICARIA

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

יח"/מנה כמות

תאור התרופה

125

SOLU MEDROL 125MG 2CC

מרשם תרופות:

יח"/מנה

תאור התרופה

מינון

מספר פעמים ביום

משך ימים

5

1

1

unit

PREDNISONE 20 MG 30 TAB

7

1

1

unit

TELFEST 180MG 15 TAB

דיון והמלצות:

תגובה אלרגית ככל הנראה לאיטופן

קבלה סטירואידים תוך שרירי, היתה במרפאה חצי שעה להשגחה

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 128815

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 14/04/2023 21:40

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

הנפיקות בלשון בירידה
יציבה ללא סימני מיצוקה
משתחררת עם המלצות
מעקב רופא מטפל
טיפול לפי מרשם
מעקב אלרגולוג
בהחמרה לפנות למיון
המשך מעקב אצל רופא מטפל



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה

רשיון הרופא: 128815

חתימה וחותמת הרופא:

תאריך: 16/04/2023

מ.ר גורם מפנה



027859

קוד הפניה: 320093393

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
12/09/2023

ד"ר ליזרוביץ סורל

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחה ברפואת ילדים

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

פרטי הנבדק:		שם משפחה: קובלקובסקי		שם פרטי: סימה		ת.ז.: 300598935	
ת.לידה: 28/12/1986		מין: נ		טלפון: 0526105836		טל.עבודה/נייד: 0526105836	
כתובת: הקידה 15/8, חדרה		מיקוד: 3849051					



0300598935

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לאחר תאונת דרכים בחודש 06-2022 עם מנגנון של WHIPLASH.

נבדקה במיון הלל יפה.

מעקב אורטופדי, טיפול פיזיותרפיה ורפואה משלימה.

עדיין כאבים בגב עליון וגפיים עליונות ותחתונות.

הפניה למרפאת כאב.

ממצאים: אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.

החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.

ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post
- BACKACHE
- LIMB PAIN Bi-Lateral UPPER & LOWER

מעשנת: לא

- VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפיחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעת אבחנתית וטיפולית

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/04/2023 עד תאריך - 13/10/2023

מ.ר גורם מפנה

ד"ר הינמן שמואל

כירורגיה אורתופדית



034356



קוד הפניה: 327540363

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלוקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 04/06/2023 (דף זה אינו מרשם)



000241772418

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מארזים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	גורם משלם
צווארון רך (ללא צורך בהפניה)	1	1	96565		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 02/09/2023

04/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך



טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה



034356



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 327539206

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נזירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נזירולוגי בידים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFR - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

• RITALIN 10MG X 30 4X1X30
• NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה עמוד שדרה צווארי.

תאריך: 04/06/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034356



קוד הפניה: 327539206

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

ד"ר הינמן שמואל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

0300598935

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/06/2023 עד תאריך - 01/12/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



122390

קוד הפניה: 277448683

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3836277

הרברט סמואל 17/19, חדרה

כתובת:

אחות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג טיפול	דרך מתן	שם תרופה	מינון למתן	פעמים ביום	תדירות	משך טיפול	סה"כ	הערות
זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	ABITREN	75 mg	1	חד פעמי		1	

מטופל – הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/06/2022 17:19

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022
 בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!
 לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,
 עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555* או ל 1-700-50-53-53

תאריך: 16/04/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר ליזרוביץ סורל

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחה ברפואת ילדים



027859



קוד הפניה: 320093393

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לאחר תאונת דרכים בחודש 06-2022 עם מנגנון של WHIPLASH.

נבדקה במיון הלל יפה.

מעקב אורטופדי, טיפול פיזיותרפיה ורפואה משלימה.

עדיין כאבים בגב עליון וגפיים עליונות ותחתונות.

הפניה למרפאת כאב.

ממצאים: אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.

החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.

ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post
- BACKACHE
- LIMB PAIN Bi-Lateral
- UPPER & LOWER

מעשנת: לא

- VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: VENOFER - 04/07/2019 - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעת אבחנתית וטיפולית

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/04/2023 עד תאריך - 13/10/2023



027859

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

28/12/1986

ת.לידה:



0300598935

מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 05/09/2023 בשעה 07:15

תאריך הביקור: 05/09/2023

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
RITALIN 10MG X 30	לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים	TAB. REPHENIDATE 10MG X 30 < 4 OP > [12920] * TAB. RITALIN 10MG X 30 < 4 OP > [1908]

002507348621





התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300598935

שם פרטי: סימה

שם משפחה: קובלקובסקי

טל.עבודה/נייד: 0526105836

0526105836

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 28/12/1986



מיקוד 3849051

הקידה 15/8, חדרה

כתובת:

0300598935

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 10/09/2023

עקב: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39 רדימות לסירוגין ביד שמאל בזרת. כאבים בצוואר
EMG (ד"ר קפלן)-MILD CHRONIC CERVICAL POLYRADICULOPATHY



ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי בידים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39 רגישות על C7 אין הגבלה בתנועות הצוואר. כאב ברוטציה לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 וחלק אולנרי וולארי כף יד שמאל. אין חסר נירולוגי אחר.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

MUSCOL 20TAB - {1 X 2 (למשך 10 ימים)}

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: כאבים בצוואר, כשנה לאחר תאונת גרמים. ללא שיפור משמעותי עם פזיותרפיה. חסר תחושת באצבע 5 יד שמאל, ב EMG פוליניורופתציה קלה ללא ממצא ספציפי לאיזור זה. מתשיך טיפול אלטרנטיבי ופזיותרפיה.

10/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ מכוני ממוגרפיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
קריית-אנו שלטון הממלכה פינת חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חדרה חלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקוה נורדא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק עמק 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דור רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שילוב שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 15/08/2023

שם משפחה: קובלקובסקי עיר/יישוב: חדרה תיק מס': 821303

שם פרטי: סימה שילוב מסמך ע"י: קובי 09:12

מספר זהות: 300598935 גורם מבטח: שרותי ב. מכבי סניף :

ת. לידה: 28/12/1986 מין: נ רופא מפנה: הינמן שמואל ר. רופא מפנה: 34356



1 : 1
sima kovalkovski (300598935)

00172370
15/08/23

Department of Clinical Neurophysiology

EMG Mammograph LTD

Dr. Kaplan

Phone: 03-9347891 Fax: 03-9315658

Name sima kovalkovski
ID 300598935
Sex Female
Age 37
Techn.
Physician
Diagnosis

Height 0
Birth date 01/01/86
Report date 15/08/23
Invest. date 15/08/23
Invest. nr 00172370

Conclusion : Normal NCS of the LT upper limb, including F-waves. No evidence of any neuropathy
Upper limbs EMG findings are compatible with mild chronic cervical polyradiculopathy

MOTOR NERVES:	Lat SD [ms]	Amp SD [mV]	CV SD [m/s]	Amp% SD [%]	F SD [ms]
Left Medianus					24.8 0.8
Wrist - apb	2.6 -0.4	7.0 -1.2			
Ab Elb - Wrist	6.9	7.0 -1.2	51.2 -1.9	1 -0.0	
Left Ulnaris					25.1 1.0
Wrist - ADM	2.5 -0.6	10.3 -0.4			
Be Elb - Wrist	5.8	10.7 -0.3	66.7 -0.3	4 0.3	
Ab Elb - Be Elb	6.8	10.4 -0.4	50.0 -1.3	-3 -0.4	
SENSORY NERVES:	Lat SD [ms]	Amp SD [uV]	CV SD [m/s]	Amp% SD [%]	
Left Medianus					
dig II - Wrist	2.9 0.1	74 0.4			
Left Ulnaris					
dig 5 - Wrist	2.7 0.5	41 0.1			

ד"ר קפלו מרק
מומחה ברפואה פניקולית ושיקום EMG
מר 27752 מר 26987

רופא/ה בודק/ת: ד"ר קפלו מומחה בשיקום

רישיון רופא בודק: 27752 רשיון מומחה: 26987

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף

אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, לכן יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין
עובר עבירה



שם חופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0251245099

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף

הודפס בתאריך: 12/09/2023 15:42
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 36

הדפסת תיק מטופל
קובל קובסקי סימה; ת.ז.: 300598935; גיל: 36.8

היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07

עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39

רדימות לסירוגין ביד שמאל בזרת. כאבים בצוואר
EMG (ד"ר קפלן)-MILD CHRONIC CERVICAL POLYRADICULOPATHY

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07

רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי בידיים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

מספר ביקור: 0241772418

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37
ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי
דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08
עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד.
קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור
חלקי.

הודפס בתאריך: 12/09/2023 15:42
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 35

הדפסת תיק מטופל
קובלובסקי סימה; ת.ז.: 300598935; גיל: 36.8

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07
עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי.
התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל



ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37
רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל
תנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08
אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין.
הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים
אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07
רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי בידיים למעט
תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY

הערות	בדיקות/הפניות
01/12/2023 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
02/09/2023 - בתוקף עד	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה
01/12/2023 - בתוקף עד	E.M.G

נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 86 עד 86)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23 /

בבית משפט השלום
בכפר סבא

יאיר גיוילי ואח' - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, יאיר גיוילי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הנוירולוגי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים הלל יפה ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים - התובעת 2

(עמודים 88 עד 88)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23 /

בבית משפט השלום
בכפר סבא

יאיר גיוילי ואח' - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, סימה קובלקובסקי, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום רפואת הכאב ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים הלל יפה, במסגרת ביקור רופא ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר-התובע 1

(עמודים 90 עד 93)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רז	י.ע.	32416985	_____
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
21	106	_____	_____
טלפון	מס'	עיר	מיקוד
_____	_____	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.



למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.10.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X _____
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, י"א א' 1/1, מס' 32416995, מרחוב יה עזר י"א 1/50,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד 22.6.23 בענין תאונת דרכים מיום 22.6.23
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליציגי בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליציגי ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 10 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריבוג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ י"ר צ'ל בעל ת.ז. 32816985 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אייל כהן מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1/10/23
הופיעה בפני י"ר צ'ל (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
32816985 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אייל כהן, עו"ד

חתימת עו"ד _____

נספח 7 :

יפוי כח וסר ותצהיר התובעת 2

(עמודים 95 עד 98)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

קו"ק: 30059935 שם פרטי: ס'ה שם משפחה: קולקיס
 תעודת זהות: 30059935 שם האב: _____
 מס': 4 עיר: חבריה מיקוד: _____
 רחוב: א/ד טלפון: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.10.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. מ.ר. 62254 עו"ד חתימה: _____
 X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 300591935 מס', קניין/יסך מרחוב אלדד 4, תל אביב,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד 22.6.23 בענין תאונת דרכים מיום 22.6.23
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

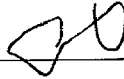
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 10 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



אל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254
עורך-דין

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ס-ה קז/קוסר בעל ת.ז. 300597935 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרידמן מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.10.23
הופיעה בפני ס-ה קז/קוסר (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
300597935 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל פרידמן עו"ד
חתימה 62354 הדין