

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

10.10.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף באר שבע
בדואר

א.ג.נ.,

הנדון : אימאן אלקרנאוי, ת.ז. 209528462

תאונה מיום 24.7.20

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדות רפואיות אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
209528462									
סוג המסמך		דפים							
1		1							

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אליזבט	אליזבט	209528462
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
נ/א		22/08/1997
עיסוק	שכיר	שנה
	מתנדב	חודש
	עצמאי	יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
אליזבט				נהל	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה	חודש	יום
24/07/2020			
פרטים על הפגיעה			
פריכת חזרה בניתר רמיה יגאל?			
וניהלית			

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון , אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
רחוב/תא דואר						מס' בית					
דירה						כניסה					
מיקוד						יישוב					
המקצוע ערב הפגיעה:						זרע כלי					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מיקוד				יישוב				מס' בית				רחוב/תא			
משמר הכנסת				צה"ל				מש"א				שב"ס			
משטרה				אחר				מס' פקס				טלפון קווי			
טלפון נייד															

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה
כן ☐ לא ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

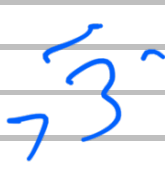
4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: לא ☐ כן, פרט ☒		שם בית החולים		תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?					
לא ☐ כן, פרט ☒					
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו					
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.					
אני מובטח בקופ"ח _____					
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:					
שם הרופא		תחום מומחיות		כתובת המרפאה	
		יצי			

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים ונזק רב מאוד וגם	
גורם נזק חריג, יש הרבה נזק	
כאבים ונזק רב מאוד וגם	
נזק חריג, יש הרבה נזק	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט: _____

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?
☐ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
 שם המעביד וכתובתו _____
 תאריך החזרה לעבודה _____
☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית
☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?
☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____
 האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?
☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן,
 הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון
מר אייל / מר חיים	איל היל ד.ה	03-7412357
מספר רישיון	תאריך תחילת התקשרות	
62254	9.1.20	

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק		שם הסניף / כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון
הבנק		אזכר-10		133	674957

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 8.10.21 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט ☐ לא ☐ כן

תאריך 8.10.21 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 209528462	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2020 07 24
שם משפחה אלק ינאי	שם פרטי א' ינאי	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 2.10.21 חתימת המבוטח [Signature] x

תופק ע"י ד"ר כץ גריגורי 15:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקריבאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רחוב: 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל המלד: ד"ר שניידר'בגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15:05 24/07/2020 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	--

אבחנה

* MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 22
ללא מחלות רקע
ללא טיפול תרופתי קבוע

התקבל לאחר מעורבות בתאונת דרכים רב איברית לדבריו
תאונה חדיתית
הובא עם מדא עם צווארון

בבדיקתו יציב המודינמית ומשימתית ללא חום
ראש צוואר: ללא סימני תבלה, מיד צוואר באופן חופשי
פה ולוע: ללא ממצא מיוחד
לב: קולות לב סדירים, ללא אנושות.
ריאות: כניסת אויר טובה זו"צ. ללא חרחורים.
בטן: בטן רכה, ללא תגודות
חזה: ללא סימני שפשוף ללא רגישות במישוש
גב: ללא סימני שפשוף ללא רגישות במישוש
גפיים: דפקים נמושו ב 4 גפיים, מדי גפיים, רגישות במוט שמאלי ורגל שמאל

ת

וולטרן

מזעבר לאורטופדיה להמשך בירור וטיפול

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	זופק	לחץ דם	ספירצית באוויר חדר	חום PO	VAS
15:13 24/07/2020	86	118 / 70	100	37	2

מהלך ודיון

תאריך ושעה נושא נרשם ע"י

פרטים

24/07/2020 16:17 אורטופד ד"ר כץ גריגורי בן 22 מתלונן על כאבים בירך שמאל לדבריו היום היה מעורב בת"ד כנסע



סורדוקה
מרכז רפואי אורטופדי
מחלקת אורתופדיה

סורדוקה מרכז
רפואי
אורטופדי

כללית כסא שנה
הכי טובה לחשמלה

הופק ע"י ד"ר אלקריסאני ראוף 00:32 27/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקריסאני שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רחט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22:03 26/07/2020 מספר ביקור: 2020121488 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)
- CONTUSION OF LOWER LIMB (Left) (92410)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית
בן 22, לדבריו יומיים טרם קבלתו היה מעורב בת"ד נסע ברכב ליד הנהג, התנגשות עם רכב אחר מאז התאונה תלונה על כאבים במפשעה שמאל מקרינים לכרך עד לקרסול שמאל הכאב במאמץ ובמנוחה כאחד בבדיקת החלך בצליעה ללא רגישות בב תחתון, אגן ללא סימני חבלה רגישות במיפשיה שמאל דיפוזית, ללא סימני חבלה, כאבים בהנעת מפרק ירך שמאל רישות בברך שמאל עד לשוק שמאל ללא נפיחות או סימני חבלה תחושת כאבות ללא חסר מירולגי עלומים ללא עדות לתבלה גרמית המלצות מנוחה לשבוע נגד כאבים פיזיותרפיה חיזוק שרירים מעקב אורתופד בקופח בעור שבוע לא ידועה רגישות לתרופות לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	מטריצה	תום PO	VAS
22:20 26/07/2020	57	122 / 82	100	36.7	5

ביצוע תרופות

מימן	צורת מימן	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 75 mg	INJ	24/07/2020 16:56	Once Rate from nurse: 0	DICLOFENAC SODIUM INJ 75 mg	

רופא אחראי



הנפק ע"י ד"ר נץ בריגור 18:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקריבאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם ממן: כללית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952845 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית: רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 24/07/2020 15:05 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLAU.T.ORG.IL
---	---	---

בבדיקה מצב כללי טוב, יציב, ללא סימן חבלה חיצוני בעור, ללא דפורמציה, נפיתות מאובות. תנועה במפרקים חופשית. רגישות מעל איזורי החבלה, כאב בהנעה. ללא חסרים טירוסקולריים.

בצילום אגן - ברך שמאל - ללא עדות לשבר או פריקה, צל הרקמות הרכות תקין

Dx: Contusion Lt Thigh

המלצות
נגד כאבים לפי הצורך
מעקב רפואי מטפל
הליכה כפי יכולתו
שימוש מקומי במשחת וולטרן
אם יימשכו הכאבים מעקב אורתופד בקופ"ח

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	וזמן מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 75 mg	INJ	24/07/2020 15:58	Once Rate from nurse:0	DICLOFENAC SODIUM INJ 75 mg	

רופא אחראי
רופא: עבד אלרחים לרין

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום ברך שמאל	24/07/2020	לא חוקלדה תשובה
צילום אגן	24/07/2020	לא חוקלדה תשובה



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

תוסף ע"י ד"ר אלקרימאני ראוף 27/07/2020 00:32

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרימאני שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רח' 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דהרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 26/07/2020 22:03 מספר ביקור: 2020121488 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

רופא: דר' אלקרימאני ראוף מ.ר. 111988

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום קרסול שמאל
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום מפרק ירך שמאל
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום ברך שמאל

מכתב נחתם ע"י: דר' אלקרימאני ראוף מ.ר. 111988
מכתב זה נחתם על ידי ד"ר אלקרימאני ראוף מ.ר. 111988

מכתב נחתם ע"י: דר' אלקרימאני ראוף מ.ר. 111988

בהתאם להנחיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונית, מומלץ לבני 60 ומעלה או אנשים אשר חולים במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות וממגע עם אנשים ששבו מחו"ל מכל יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית דיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400 או <https://govextra.gov.il/ministry-of-health/corona/corona-virus/>

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשרד טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הסכמה או התחייבות.



סורוקה מרכז
רפואי
אונברסיטאי



הופק ע"י ד"ר כץ גריגורי 16:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד: ד"ר שפירד יבני מ.ר. 26766 אחות אחראית רחל דדורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 24/07/2020 15:05 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MADRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רהט 8536700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

חתימה:

מכתב נחתם ע"י ד"ר כץ גריגורי

בחתום להנחיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונה, מומלץ לבני 60 ומעלה או אנשים אשר חולים במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות ומגע עם אנשים ששבו מחו"ל מכל יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית זיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400* או

<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/corona/corona-virus/>

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לספל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מנהל/ת נכבד/ה,

באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הגך מבטח/ת, תאם המשך טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התחייבות.



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 23.00 מין: ז

אלקרינאוי אימאן

מס' זהות: 00-20952846-2

ביקור עקב תאונת דרכים

MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

999011368

(MIRO 30MG TAB, MIRTAZAPINE 30 MG TEVA TAB, REMERON 30MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 15 יח

טבליות 1 בינו 0.5 א

תוקף מרשם: 29/09/2020 - 30/08/2020



מס' רישון 130763

מס' רישון 130763
מס' רישון 130763
מס' רישון 130763

כתובת: שכונה 8 בית 2, רחט

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: ד"ר אירינה גורשטיין
תחום: פסיכיאטריה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

9918

08-9917223

שם: רפא
תא: תה
מס': רשיון
כתובת: 18, כיכר אלסלאם
טל': 08-6627222
פק': 08-6627228
מרכז ה: הרטה ב' מחוז: דרום

28/08/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	23.00	22/08/1997	שם האב	אלקרינאו אימאן
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
17 / 48	54	2553797	54	2553797	הרטה
מס בית	רחוב	שכונה	טלפון	טלפון נוסף	ישוב

24/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433096364

ספר הפניה:

גרם שולח



7433

מספר הפניה



037433096364

תז נבדק



0209528462

מספר רשיון



029923

בוד: פסיכיאטר

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	70005	99242	בדיקת רפוא כללי או רפא מקצועי במרפאה

הריו מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: 27/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

18/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

16/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

10/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

04/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

28/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

27/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

26/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

תאונת דרכים חזרה מעבודה ביב במיין כירורגי ואורטופדי ללא ממצא מיוחד ללא שבירים

לדבריו מאוד כואב לו בעיקר רגל שמאל

לדבריו במזקד רפואי הגיע ללא מכתב הומלץ אנלגטיקה

27/07/2020

נבדק בחדר מיין 27/07/2020 צילומים - ללא עדות לחבלה גרמית

הומלץ טפול נגד כאבים

פיזיאטרפיה

אודיטופד העוד שבוע

28/07/2020

04/08/2020

3 ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 3

28/08/2020

הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה

00-20952846-2

הפניה לרפואה יועצת

אלקרינאו אימאן

10/08/2020
 16/08/2020
 לדבריו לא ישן טוב מאז התאונה שולל חלומות או מחשבות על התאונה
 18/08/2020
 27/08/2020
 מכתב מרופא אורטופד 26/08/20 טיפול בגד כאבים הנמשך
 פיזיותרפיה
 28/08/2020
 מבקשים חפניה לפסיכיאטר

סימ : חיוניים: גובה 156 02/10/2017 משקל 46 02/10/2017 bmi 18.90

לחץ דם 110 / 70 22/10/2019

דופק 68 22/10/2019 סדיר

27/10/2019 מתאריך 121.77 eGFR

חמו : ים בבדיקה
 ממצאים מתאריך 27/08/2020
 ממצאים מתאריך 18/08/2020
 ממצאים מתאריך 16/08/2020
 ממצאים מתאריך 10/08/2020
 ממצאים מתאריך 04/08/2020
 ממצאים מתאריך 28/07/2020
 ממצאים מתאריך 27/07/2020
 ממצאים מתאריך 26/07/2020
 מצב כללי טוב
 רגישות בירך ושוק שמאל
 27/07/2020
 28/07/2020
 04/08/2020
 10/08/2020
 16/08/2020
 מצב כללי טוב
 18/08/2020
 27/08/2020
 28/08/2020

אבר	משוערת	אפיין	אבחנה
L1	78	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS INSOMNIA NOS PTSD

דיון / זכנית טיפולית
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/08/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/08/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 16/08/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/08/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/08/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/07/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/07/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/07/2020

טיפול סימפטומטי
 ביקורת רפואה מטפלת
 הוסבר למטפל אם ברצונו שיוכר כתאונת דרכים לחביא טופס 250
 הוסבר לו לשמור קבלות על תשלומים שקשורים לתאונה כולל תורפות
 27/07/2020

י.ה.ר. 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
 28/08/2020 הודפס ע"י ד"ר חוגדרש רימה
 00-20962846-2
 זכנית לרפואה יעוצת
 ללקריאוי אינא

ההפניות שהופקו ב 27/07/2020
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , הפניה לרפואה יועצת -
70017-בדיקת רופא אורתופד
:28/07/2020
:04/08/2020
:10/08/2020
:16/08/2020
הוסבר למטופל לפנות לרפואה מטפלת בנושא
:18/08/2020
:27/08/2020
:28/08/2020

פעילות	בעי
HEAVY SMOKER	15
LT INGUINAL HERNIA -REPAIR	20

נוזל על חוות דעתך והמלצתך
ד"ר חוגדרש רימה
29923
שם הרופא
מספר רשיון
חתימה וחומת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

3 ר.ה.

הפניה לרפואה יועצת
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-20952846-2 הדפס ע"י ד"ר חוגדרש רימה
28/08/2020
דף 3 מ 3



הזמנה

שם הלקוח: אימאן אלקרינאוי
מועד הביקור: 06/09/20 יום א' י"ז אלול תש"פ
שם הרופא: גורשטיין אירינה
מרפאה: מרכז בריאות הנפש - רהט
כתובת: רהט
אוטובוסים:

מספר זהות: 20952846-2
שעה: 10:30
מקצוע: בריאות הנפש/פסיכיאטריה
טלפון: 08-9917223

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:
 - באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה
 - התקשרות למוקד *2700
 - התקשרות למרפאה

חובה להצטייד בכרטיס מגנטי
 יש להגיע עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 30/08/2020 10:04:38

30/08/2020

שם הרופא: ד"ר תואפיק אבו קיעאן
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 114423
כתובת: מרכז מסחרי רהט
טלפון: 08-6404804
פקס: 08-6404127
מחוז: דרום
מרפאה: מרכז לרפואה יעצת - רהט

תאריך: 23/09/2020

סיכום יעוץ

פרטי המטופל		אלקרינאוי אימאן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
רהט	17 / 48	23.01	22/08/1997
שכונה	מס בית	מין	שם האב
רחוב	54	ז	54 - 2553797
ישוב	מספן	טלפון	טלפון מסר
			54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר חוגדרש רימה

תלונות: בן 23, סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.

מצבים: רגישות בצוואר ורגישות פראוירטיבראלית בגב, טווחי תנועה מוגבל עקב כאבים, ללא חסר בירולוגי.

אבחנה

אבחנה	אפיין
PAIN NECK CERVICALGIA BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS	

דיון / תוכנית טיפולית: המשך פיזיותרפיה
משככי כאב/NSAID
מעקב רופא מטפל
להימנע ממאמץ או הרמת משקל כבד.
המשך חופש מחלה חודש לסוף

בברכה,

ד"ר תואפיק אבו קיעאן

שם הרופא

114423

מספר רשיון

התאמה וחזרת הרופא

טווחי תנועה מוגבל עקב כאבים
ד"ר אבו קיעאן תואפיק
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ"ר 114423 מ"מ 14890

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

23/09/2020

הרופא: ד"ר תואפיק אבו קיעאן

00-20952846-2

סיכום יעוץ

אלקרינאוי אימאן



רפואה איכותית לכל המשפחה

בדיקת רופא מס': 00019394 Physician Examination No.:

Date: 08/09/2020 תאריך:

Arrival Time: 20:28 שעת הגעה:

פרטים אישיים

Name:	שם: אלקרינאוי אימן	ID No:	209528462	ס.ד.הוי:
Address:				תובת: , רהט
Tel: 054 - 2553797	טלפון:	Sex: ז	Age: 23.00	ל:
		Ordered by:		ים המזמין: כללית

Complaints:

בן 23, בריא בד"כ, ללא רגישות
מלא תאונת דרכים לפני כחודש וחצי
מאז סובל מכאבים בצוואר ובגב תחתון מקרין לרגליים, שולל איבוד שליטה על סוגרים,
שולל מחלת חום לאחרונה או ירידה במשקל

תלומות:

Physical Exam:

מצב כללי טוב ללא סימני מצוקה
גב: ללא סימני חבלה חיצוניים, רגישות במישוש ע"ש צוואר/מוחית, רגישות במישוש
שרירי פאראורטברליים בגב תחתון, SLR חיובי ב 60 מעלות בצי שמאל, שלילי בימין,
רגישות בסוף טיפוס, הליכה בצל"ע

בדיקה גופנית:

Diagnosis:

MUSCULOSKELETAL PAIN

אבחנות רפואיות:

Medical Treatment:

קיבל זריקה של דיקלופניק.

טיפול רפואי:

Recommendations:

המשך מעקב ובירור במסגרת מרפאת
נגד כאבים לפי הצורך
מעקב אורתופד
בכל החמרה במצב לשוב לבדיקת רופא

המלצות:

הפונתה להמשך טיפול ל המשך מעקב רופא המשפחה במרפאתה

Physician's Name:

Licence No.:

Signature:

שם הרופא: ד"ר מוחמד ח'לאילה
מס. רשיון: 149333
חתימה וחותמת:

*** ההפניה למיון תקפה ל- 24 שעות בלבד. *** מסמך זה ונספחיו מכילים מידע רפואי מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

במידה ותחול החמרה במצב, על החולה לפנות מידע למוקד בטל': 054-8913330

In case of medical status deterioration refer immediately to call center tel: 054-8913330



ד"ר אירינה גורשטיין
פסיכיאטריה
130763
שכונה 8 בית 2, רהט
טלפון
פקס

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מרפאה: מרכז בריאות הנפש - רהט מחוז: דרום

תאריך: 06/09/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		אלקרינאוי אימנא		00-20952846-2		23.00	22/08/1997	שם האב
שם	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	54	2553797	54 - 2553797
שכונה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	17 / 48	טלפון	טלפון
וזה	יש	שכונה	רחוב	מס בית	טלפון	17 / 48	טלפון	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/09/2020

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אבחנה	אבחנה
	HEAVY SMOKER	
	LT INGUINAL HERNIA -REPAIR	

אבחנות בביקור

ת.גילי	אבחנה	אבחנה
F419	ANXIETY DISORDER UNSPECIFIED	

סיכום ודיון:

הגיע לביקור חוזר בזמן. מדווח על שיפור מבחינת שינה ותסמיני חרדה בעקבות הטיפול ב-MIRO 15MG. לדבריו עדיין "רועד כשחוזר בתאונה". חוסבר על מנגנון למידה - סנסוביליזציה שהוא בבסיס התסמינים. חוסבר על הפרוגנזה. ימשיך את הטיפול ללא שינוי. ביקור חוזר בעוד חודשיים.

בברכה,

ד"ר אירינה גורשטיין

130763

0631910
אירינה גורשטיין
פסיכיאטריה, מ.ר. 1-130763

תחילה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

דף 1

06/09/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ר"ר אירינה גורשטיין 00-20952846-2

כיום ביקור

קרינאוי אימנא



הזמנה

שם הלקוח:	אימאן אלקרינאוי	מספר זהות:	20952846-2
מועד הביקור:	08/11/20 יום א' כ"א חשון תשפ"א	שעה:	11:00
שם הרופא:	גורשטיין אירינה	מקצוע:	בריאות הנפש/פסיכיאטריה
מרפאה:	מרכז בריאות הנפש - רהט	טלפון:	08-9917223
כתובת:	רהט ,		
אוטובוסים:			

הנחיות:

אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:

- באינטרנט, באמצעות קוד משותמש אותו ניתן לקבל במרפאה
- התקשרות למוקד *2700
- התקשרות למרפאה

חובה להצטייד בכרטיס מגנטי
יש להגיע עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 06/09/2020 10:55:06



העתק 22/11/2020
העתק הודפס ע"י לילך כץ - משרד

שם מטפל: אלנסאסרה חאלף
תחום: פיזיותרפיסט
כתובת: 08-6404122
טלפון: 08-6404120
פקס:
מרפאה: מכון פיזיותרפיה רהט מחוז: דרום

22/11/2020 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
שם האב	22/08/1997	ז	23.03	00-20952846-2	אלקרינאוי אימאן
שם המשפחה ושם פרטי	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	
רחט	54	2553797	17 / 48	שכונה	
ישוב	טלפון	טלפון	מס בית	רחוב	
	טלפון גוסף				

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 200499953 מספר זיהוי הפניה: 37433095617

תאריך הפניה: 27/07/2020

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר חונדרש רימה רשיון רופא: 29923

מרפאה: מרפאת רהט ב'

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7242		LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 11/08/2020 תאריך סיום טיפול: 22/11/2020

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	תרגול כללי
12	הדרכה לתרגול בבית
12	הדרכה ויזואלית (לאנדרח חיים בריא)
1	הערכה מחדש- בדיקה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

דף 1 מ 2

22/11/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20952846-2 הודפס ע"י אלנסאסרה חאלף

סיכום טיפול

אלקרינאוי אימאן

העתק 22/11/2020

כאבים:

שם	גב תחתון	איבר	זרועות	רגליים	לחץ דם	חום
שמאל	9	5				

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור חלקי במצב, עדיין יש כאב עם הגבלה בתפקוד
המשך תרגול בבית, המשך בירור מול רפא מטפל

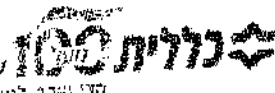
המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 22/11/2020
 18/11/2020
 10/11/2020
 18/10/2020
 11/10/2020
 22/09/2020
 02/09/2020
 30/08/2020
 26/08/2020
 23/08/2020
 16/08/2020
 11/08/2020

מחוז דרום
 מרכז פיזיותרפיה - רחש
 מרבי מטהדי ררם (מול מ.ד.א.)
 טל': 08-6404122 פקס: 08-6404120

אלנסאסרה חאלף

חתימה וחותמת

שם מטפל



רפואת משפחה
29923
שכונה 18, כיכר אלסלאם
08-6627222
08-6627228
מחוז: דרום
מדינת ישראל

25/10/2020 תאריך

הפניה לרפואה תעסוקתית

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		אלקרינאווי אימאן	
שם האב	ת. לידה	גיל	מס זהות
54 - 2553797	54 - 2553797	17 / 48	00-20952846-2
טלפון ניסן	טלפון	מס בית	שכונה
24/07/2020	תאריך תאונה	2 תאונת עבודה	סוג תאונה

ספר הפניה ישירה: 37433097626

גרם שולח



7433

מספר הפניה



037433097626

תז נבדק



0209528462

מספר רשיון



029923

לכ: ד"ר רופא תעסוקתי

שירות	שירות	שירות	שירות
שירות	שירות	שירות	שירות
רפואי	רפואי	רפואי	רפואי
700062	700062	700062	700062

שם החברה

שם החברה

18.90 bmi 02/10/2017 46 משקל 02/10/2017 156 גובה

22/10/2019 110 / 70 לחץ דם

22/10/2019 68 דופק

27/10/2019 מתאריך 121.77 eGFR

23/09/2020 מתאריך
13/09/2020 מתאריך
07/09/2020 מתאריך
01/09/2020 מתאריך
28/08/2020 מתאריך
27/08/2020 מתאריך
18/08/2020 מתאריך
16/08/2020 מתאריך
10/08/2020 מתאריך
04/08/2020 מתאריך
28/07/2020 מתאריך
27/07/2020 מתאריך
26/07/2020 מתאריך

דף 1 מ 4

25/10/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20952846-2 יודפס על-פי ד"ר חונדרש רימה

רפואת תעסוקתית

אלקרינאווי אימאן

מסמך מס' 9.2.2020

9.2.2020

700708090

700708090

קו"מ מ"מ 8" 8" 8"

07/12/2020 תאריך 11:20

ד"ר חונדרש רימה
רפואת משפחה
29923
שכונה 18, כיכר אלסלאם
08-6627222
08-6627228
מחוז:דרום
מחוז:דרום ב'

הפניה לרפואה

פרטי המטופל

אלקרינאוי אימאן
שם משפחה ושם פרטי
00-20952846-2
23.03
22/08/1997
שם האב
שכונה
רחוב
ישוב
54 - 2553797
54 - 2553797
54 - 2553797

37433098767

מספר הפניה:

גורם שולח



7433

המספר הפנימי



037433098767

תז נבדק



0209528462

רשיון רופא



029923

יום הבדיקה, נא לפנות למשרד מבין הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני שהגיע לביצוע הבדיקה.
א להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילונים קודמים.
נשים בלבד!

ס היקף בחירון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הפונה המבצע במכון הרנטגן והדימות.
שים לב! כלולת מחזור חודשי מתבקשת להזמין תור לבדיקה 10 ימים מראשיתם של המחזור החודשי.

היקף אקולב יכולה להתבצע עם סיגר ייעודי אך ללא חזית, המבדק רשמי. הקש ונמנעו מלחץ בשעת הבדיקה.
הרוב משפחה איש צוות רפואי זמין או אדם אחר לפי במידתו.

בד"ר אקו ל

רשות שגביר

שירות קוד
רפואי קוד
שירות משה"ב
10805040
93307
76000
US אקוקרדוגרפיה חיצונית TDS

ה יפול מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/12/2020
תלונות על כאבים בחזה. עבר תאונת דרכים לפני כמעט 5 חודשים. עם חבלות
בבית החזה, בגב ובאגן.
07/12/2020

ס גודל חיוניים גובה 156 נמדד ב: 06/12/2020 משקל 65.0 נמדד ב: 06/12/2020 BMI 26.71

לחץ דם 112 /58 נמדד ב: 06/12/2020

דופק 62 נמדד ב: 06/12/2020 סדיר

27/10/2019 מתאריך 121.77 GFR

ג באים עיקריים ממזאים מתאריך 06/12/2020
במצב כללי יציב, לב- קולות סדירים לא נשמעו אנשנות, ריאות- משימה בועית.

ה יפול לרפואה
אקרינאוי אימאן
המסמך מסמל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
07/12/2020 הדפסה על ד"ר חונדרש רימה

בטן- כחשה, רכה, לא רגישה, ללא הגדלות אברים. רגלים ללא בצקות. רגישות
ממוקמת בחזה השמאלי.
ECG- קצב סינסי, 57 לדקה, ללא סימני איסכמיה חריפה. QTc-0/398
07/12/2020

שם	אפיפון	אבחנה
7865		CHEST PAIN UNSPECIFIED

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/12/2020:
כאב כנראה לאחר חבלה בתאונת דרכים. מחמיר בשאיפה לא במאמצים.
למעקב בלבד. ECG תקין. טיפול תסמונת NSAID (לאחר האוכל, ושתיה
מרובה), מעקב. לחזור לרופא בכל החמרה.
07/12/2020

שם	אפיפון	בעיה
01/01/201		HEAVY SMOKER
19/03/202		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

בוצעה בדיקת קראטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רישון	חתימה וחתימת הרופא
ד"ר חונדרש רימה	20923	

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד הזמן יש לציין בפני גישת השירות או מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מבתי"ח של הכללית על סמך חתימה זו, לאחר פגיעת תור לטיפול, ניתן
להסדיר את התשלום עבור השירות עד לתועד ההור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית.
לחילופין, ניתן להפיק 170 במשרד מרפאת האם. רשימות בתי"ח של הכללית מפורסמת באתר
הכללית (www.israeli.co.il).

25/10/2020
קיבל חופש תאונת עבודה 91 יום -לביטוח לאומי
ממקום עבודה מבקשים הפניה לרופא תעסוקתי

4 אב תש"ף
25/10/2020

פניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית עד-סוף הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם כדורש לשלם על השתתף עד לתועד החוד באמצעות כרטיס אשראי באחד הכללית או במרסאה. דמי בית ב"ח מפורסמת באחד הכללית. (www.elalit.co.il)

כללית

*2700

י"ר מחמד אלדד
אורתופדיה
110745
מרכז מסחרי רהט
08-6404804
08-6404127
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מרפאה: מרכז לרפואה יועצת - רהט מחוז: דרום

תאריך 04/02/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אלקרינאי אימאן	
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	שם האב	22/08/1997
מס זיהוי	גיל	מין	ז
מס בית	17 / 48	טלפון	54 - 2553797
שכונה	רחוב	טלפון	54 - 2553797
רהט	ישוב	טלפון	54 - 2553797

תאריך תאונה 24/07/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33136243288

רשיון רופא

מספר שולח

מספר הפניה

תז גבדיק

רשיון רופא



3136



033136243288



0209528462



110745

ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד טכנן הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
בא להגיע עם סופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור התורשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	משה"ב	שירות	
10304017	L1039	78073	ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/09/2020:

בן 23. סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.
04/02/2021

ממשיך עם כאבי גב תחתון
הקרגה לרלגים.

ממצאים עיקריים בדיקה גופנית מתאריך 23/09/2020:

רגישות בצוואר ורגישות פראוירטיבראלית בגב. טווחי תנועה מוגבל עקב כאבים.
לא חסר ניירולוגי.
04/02/2021

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
PAIN NECK CERVICALGIA		7231
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/02/2021

00-20952846-2 תודפס ע"י י"ר מחמד אלדד

אלקרינאי אימאן

אבחנה	איפיון	קוד
ROAD ACCIDENT		E813
CERVICALGIA		7234
ACCIDENT/INJURY, NOS		A80

דין/ומכנית טיפולית
טיפול אמפירי
הפניה לצילום עמו"ש צוארי
ביקורת רופאה מטפלת

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מגילוי
HEAVY SMOKER		01/01/2015
LT INGUINAL HERNIA -REPAIR		19/03/2020

מטרת הבדיקה: בירור כאבי צוואר חוזרים בשאלה של בעיה גרמית עמו"ש צוארי

קדימות הבדיקה : רגיל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר דוד סיבירסקי
שם הרופא
23430
מספר רשיון

מספר רשיון
מספר רשיון
מספר רשיון

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ת של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 170 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/04/2021

הודפס ע"י ד"ר דוד סיבירסקי 00-20952846-2

אלקרינאוי אימאן

תאריך 04/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	אלקרינאי אימאן	מס זהות	00-20952846-2	גיל	23.07
שם האב	שם האב	ת.לידה	22/08/1997	ז	ז
הרש	שכונה	מס בית	17 / 48	טלפון	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית	17 / 48	טלפון	54 - 2553797

תאריך תאונה 24/07/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 37433101987

גרם שולח



7433

מספר הפניה



037433101987

תז נבדק



0209528462

רשיון רופא



023430

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
 נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
 לנשים בלבד:
 אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
 נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון רנטגן

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005

המטופל מתלונן על לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופא
 מטפלת קיבל טיפול לדבריו ללא שיפור

סימנים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 06/12/2020 משקל 65.0 נמדד ב: 06/12/2020 BMI 26.71

לחץ דם 120 / 65 נמדד ב: 31/12/2020

דופק 62 נמדד ב: 06/12/2020 סדיר

27/10/2019 eGFR 121.77 מתאריך

ממצאים עיקריים מצב כללי טוב
 רגישות לא בפציפית בעמוד שדרה צווארי ללא דפיציט אורטופדי או נירולוגי

אבחנה משוערת

הפניה לדימות

אלקרינאי אימאן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

04/04/2021 הודפס על ידי ד"ר דוד סיבירסקי



הזמנה

שם הלקוח:	אימאן אלקרינאוי	מספר זהות:	20952848-2
מועד הביקור:	06/04/21 יום ג' כ"ב ניסן תשפ"א	שעה:	11:50
שם הרופא:	צילום	מקצוע:	רנטגן/רדיולוגיה - כללי
מרפאה:	מרכז לרפואה יועצת - רהט	טלפון:	08-6404804
כתובת:	רהט ,		
אוטובוסים:			

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

יש להגיע לתור עם הפניה מהרופא המטפל.
 יש להגיע לתור עם כרטיס מגנטי.
 הביקור כרוך בתשלום של אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם
 במזומן או בכרטיס אשראי או בהרשאת חיוב.

תאריך הדפסה: 04/04/2021 10:07:42



שם תחום: ד"ר מחמד אלדד
 מספר רשיון: 110745
 כתובת: 08-9555222
 טלפון: 08-9555228
 פקס: מרפאה: לקיה
 מחוז: דרום

תאריך: 08/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					אלקרינאזי אימאן	
שם המטופל	00-20952846-2	23.07	ז	22/08/1997	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
54 - 2553797	54 - 2553797	54	מ	17 / 48	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
טלפון מסקף	טלפון	טלפון	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37925090328

גורם שולח



7925

מספר הפניה



037925090328

תז נבדק



0209528462

רשיון רופא



110745

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
 נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
 לנשים בלבד!
 אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
 נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד שירות	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צווארי	10304010

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/09/2020
 בן 23. סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה .
 04/02/2021
 ממשיך עם כאבי גב תחתון
 הקרנה לרגליים
 08/04/2021
 ביקורת CT:
 בלט דיסק בגבוה L45, היצרות פורמינלית משמאל.
 היום במספ יש כאבי צוואר .

ממצאים עיקריים: רגישות במישוש פרברטיפראלית נגעט מעל הזדזים גב מותני וסביב הצוואר . יש מוגבלות תבנועה בשל כאבים, מבחני מתיחה שליליים . אין חסור נוירולוגי . דפקים פריפריים נמשו תקינים בכפות הרגליים. בדיקת מפרקי הירכיים תקינה .

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/04/2021

הודפס ע"י ד"ר מחמד אלדד 00-20952846-2

הפניה לדימות

אלקרינאזי אימאן

אבחנה משוערת		
קוד	איפיון	אבחנה
7231		PAIN NECK CERVICALGIA
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיה פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר מחמד אלדדא	110746	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 19/05/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	אלקרינאני אימאן	מס זהות	00-20952846-2	23.09	ז
שם האב	שם האב	ת. לידה	22/08/1997	מין	ז
רהט	שכונה	מס ביע	17 / 48	טלפון	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס ביע	17 / 48	טלפון	54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 19/05/2021
 סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
 מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 24/07/2020

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 08/04/2021:
 תלונות/סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021:
 תלונות/סיבת הפניה מתאריך 23/09/2020:
 בן 23. סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.
 04/02/2021

ממשיך עם כאבי גב תחתון
 הקרנה לרגליים
 08/04/2021
 ביקורת CT:
 בלם דיסק בגובה L4/5, היצרות פורומילאית משמאל.
 היום במוסף יש כאבי צוואר.
 19/05/2021
 הגיע לביקורת
 עדין תלונות על כאב בעש צווארי ללא הקרנה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 08/04/2021:
 רגישות במישוש פרברטיפראלית ומעט מעל הזידים גב מותני וסביב הצוואר. יש
 מוגבלות תבמעה בשל כאבים, מבחני מתיחה שליליים. אין חסור ניורולוגי.
 דפקים פרפריים נומשו תקינים בכפות הרגליים. בדיקת מפרקי הירכיים תקינה.
 19/05/2021

קוד	אפיין	אבחנה
7231		PAIN NECK CERVICALGIA
102		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 08/04/2021:
 הפניה לדימונות - 78073-ס.מ. CT עמוד שדרה צו
 19/05/2021
 השלים יטי עש צווארי לפני כ שבועיים עדיין ללא פענוח וללא דיסק
 ממליץ להתחיל טיפול בקוגי דלקת בשלב זה
 ומעקב אורטופדי לאחר שיש פענוח או דיסק סיטי עש צווארי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-20952846-2 הודפס על-י וסימ אל עברה 19/05/2021

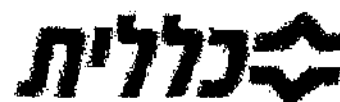
סיכום ביקור

אלקרינאני אימאן



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 23.09 מין: ז

אלקרינאוי אימאן

מס' זהות: 00-20952846-2

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC 400MG TAB 400MG
(ETOPAN 400MG (M) TAB, ETODOLAC-400MG TEVA(M) TAB)

999019725

למשך 10 ימים סו"כ 20 יח

טבליות x1 2 ביט

תוקף מרשמים: 18/08/2021 - 19/05/2021

ד"ר רס"ם אל עבר
אורטופד
מ.ר. 148816-1

מס' רישיון



148816

טלפון: 08-6404804

כתובת: מרכז מסחרי רהט

שם הרופא וס"ם אל עברה

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לטפח תרופה גנרית וזהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תחפוזות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 19/05/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
אלקרינאוי אימאן	00-20952846-2	23.08	ז	22/08/1997	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת לידה	שם האב
רהט	שכונה	17 / 48		54 - 2553797	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/04/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אפיון	אבחנה
		HEAVY SMOKER
		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

אבחנות בביקור

ת.גילי	אפיון	אבחנה
F4325		ADJUSTMENT DISORDERS W MIXED DISTURBANCE OF EMOTIONS CONDUCT

תרופות בביקור

שם	עד	ח	ק	ב	OP	סה"כ משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1 P						28	1	טבליט	TAB	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

סיכום ודיון: מתלונן על יקיצות בלילות - מתעורר בסביבות שעה 3 ולוקח לו כחצי שעה להירדם שוב. כמו כן עצבני, קצר קוח, שובר פלאפון לא פעם אחד באופן אימפולסיבי. נתחיל ESCITALOPRAM 10MG בבוקר. בערב ימשיך MIRO 15MG. ביקור חוזר בעוד חודשיים.

פסיכיאטרית
אירנה גורשטין
26/04/2021

11/06/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
אלקריבאוי אימאן			00-20952846-2	23.09	22/08/1997
שם משפחה ושם פרטי			מס זהות	גיל	ת.לידה
שם האב			מס זהות	גיל	ת.לידה
הרט			שכונה	17 / 48	54 - 2553797
ישוב			רחוב	מס בית	טלפון
טלפון נוסף			טלפון	טלפון	טלפון

24/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37433103726

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433103726

תז נבדק



0209528462

מספר רשיון



075661

לכבוד: רופא אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	19249	בדיקת רופא אורתופד	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/04/2021
לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופאה מטפלת קיבל טיפול לדבריו ללא שיפור
03/05/2021
נבדק ע"י פסכיאטר עקב חוסר שינה ויקוצות בלילות מתקשה להרדם וכן עצבני
שובר הפצים
הומלץ על טיפול ב CIPRALEX 10 MG בערב ימשיך Miro
כאבי צוואר וגב תחתון
11/06/2021
כאבי גב תחתון ורגליים ללא חוסר שליטה על הסוגריים

סימנים חיוניים: גובה 156 06/12/2020 משקל 55.0 06/12/2020 bmi 26.71

לחץ דם 120 / 85 31/12/2020

דופק 62 06/12/2020 סדיר

121.77 eGFR מתאריך 27/10/2019

הפניה לרפואה יועצת

אלקריבאוי אימאן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר סעיד אזברגה 11/06/2021

דף 1 מ 2

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 03/05/2021:

ממצאים מתאריך 04/04/2021:

מצב כללי טוב

רגישות לא בפציפית בעמ"ש צוארי ללא דפיציט אורטופדי או נירולוגי

03/05/2021:

11/06/2021:

רגישות בע"ש מותני SLR שלילי ללא חוסר נירולוגי

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ROAD ACCIDENT		E813
CERVICALGIA		7231
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT		
PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.		V6801
LOW BACK PAIN		7242

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/05/2021:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/04/2021:

טיפול אמפירי

הפניה לצילום עמ"ש צוארי

ביקורת רופאה מטפלת

ההפניות שהופקו ב 04/04/2021:

הפניה לדימות - 78184-צילום עמוד שדרה צווא

03/05/2021:

ההפניות שהופקו ב 03/05/2021:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

11/06/2021:

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR
24/07/2020		ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION C

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	0.5	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחוקתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציון בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.cfalt.co.il).

תאריך 04/08/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	אלקרינאוי אימאן	מס זהות	00-20952846-2	גיל	23.11	ז	22/08/1997	שם האב	2653797 - 54
שכונה	רחוב	מס בית	17 / 48	טלפון	2553797 - 54	טלפון נוסף			

תאריך תאונה 24/07/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37433105425

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433105425

תז נבדק



0209528462

מספר רשיון



075661

לכבוד: רופא אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריב מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/08/2021:
לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופאה מטפלת קיבל טיפול לדבריו ללא שיפור
03/05/2021:
נבדק ע"י פסיכיאטר עקב חוסר שינה ויקצנות בלילות מתקשה להרדם וכן עצבני שובר הפצים
חומלץ על טיפול ב CIPRALEX 10 MG בערב ומשיך Miro
כאבי צוואר וגב תחתון
11/06/2021:
כאבי גב תחתון ורגליים ללא חוסר שליטה על הסוגריים
04/08/2021:
כאבי גב תחתון שמקרין לרגליים מתקשה לעמוד הרבה בתקופה אחרונה

סימנים חיוניים: גובה 156 06/12/2020 משקל 65.0 06/12/2020 bmi 26.71

לחץ דם 120 / 65 31/12/2020

דופק 62 06/12/2020 סדיר

eGFR 121.77 מתאריך 27/10/2019

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ROAD ACCIDENT		E813
CERVICALGIA		7231
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT		
PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.		V8801
LOW BACK PAIN		7242
SCIATICA		7243

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/06/2021

04/08/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA REPAIR
24/07/2020		ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION C

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	0.5	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סעיד אזברגה

75661

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 04/08/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	
אלקריבאוי אימאן		00-20952846-2		23.11	
ת.לידה		ז		22/08/1997	
שם האב		מין		שם האב	
רהט		שכונה		17 / 48	
ישוב		רחוב		מס בית	
טלפון		טלפון		54 - 2553797	
טלפון נוסף		טלפון		54 - 2553797	

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	אבחנה
7231	CERVICALGIA
A80	ACCIDENT/INJURY, NOS
	ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT
7242	LOW BACK PAIN
7243	SCIATICA

הטיפול המכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/08/2021 עד יום 06/08/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

04/08/2021

04/08/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר סעיד אזברגה

חותמת המרפאה

מחוז דרום מרכז
ד"ר סעיד אזברגה
מס' 1-75661-75661

הזכות לגמלה נקבעת על-ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 04/08/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:				
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	23.11	22/08/1997	אלקרינאוי אימאן
מס זרות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
17 / 48	17	ז	54	54 - 2553797
מס בית	שכונה	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
רחוב	רחוב			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 24/07/2020

מספר הפניה: 37433105425

גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	מספר רשיון
			
7433	037433105425	0209528462	075661

לכבוד: רופא אורתופדי

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	70017	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/06/2021:
לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופאה מטפלת קיבל טיפול לדבריו ללא שיפור
03/05/2021:
נבדק ע"י פסכיאטר עקב חוסר שינה ויקצות בלילות מתקשה להרדם וכן עצבני שובר חפצים
הומלץ על טיפול ב CIPRALEX 10 MG בערב ימשיך MIRO
כאבי צוואר וגב תחתון
11/06/2021:
כאבי גב תחתון ורגליים ללא חוסר שליטה על הסוגריים
04/08/2021:
כאבי גב תחתון שמקרין לרגליים מתקשה לעמוד הרבה בתקופה אחרונה

סימנים חיוניים: גובה 156 06/12/2020 משקל 65.0 06/12/2020 bml 26.71

לחץ דם 65 / 120 31/12/2020

דופק 62 06/12/2020 סדיר

eGFR 121.77 מתאריך 27/10/2019

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ROAD ACCIDENT		E813
CERVICALGIA		7231
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT		
PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT.		V6801
LOW BACK PAIN		7242
SCIATICA		7243

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/06/2021:

04/08/2021:

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	נגילוי
HEAVY SMOKER		01/01/2015
LT INGUINAL HERNIA -REPAIR		19/03/2020
ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION C		24/07/2020

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב.ב.
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום
MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG	0.5	טבליות	1	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם, רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



From:

ז גיל 24.00 מ"מ

אלקרינאמי אימאן

מס' זהות: 00-20952846-2

ביקור עקב תאונת עבודה

ESCITALOPRAM TAB 20MG 20MG

(CIPRALEX 20 MG (M) TAB, ESTO 20 MG (M) TAB, ESCITALOPRAM TEVA 20MG (M) TAB)

9990011363

התרופה לא בסל הבריאות/התרופות מאוחדות

למשך 28 ימים סה"כ

טבליות 1 א 1

תוקף מרשם: 29/09/2021 - 30/08/2021

MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

(MIRO 30MG TAB, MIRTAZAPINE 30 MG TEVA TAB, REMERON 30MG TAB)

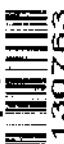
9990111368

למשך 30 ימים סה"כ

טבליות 1 x 0.5

תוקף מרשם: 29/09/2021 - 30/08/2021

מס' רישיון



130763

טלפון: 089917223

כתובת: שכונה 14 בית 172

התימה וחתימת הרופא

שם הרופא: ד"ר אורנה גורשטיין

תחום: פסיכיאטריה

בידיעת: במידה נקיים פריט גנרי, מרשם בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע חוקי על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 30/08/2021

30/08/2021 16:09

To:0773180983

#484 P.002

תאריך: 05/10/2021
הדפסה: ד"ר סעיד אזברגה

שם הרופא: ד"ר סעיד אזברגה
תחום: רפואת משפחה
מספר רשיון: 75661
כתובת: שכונה 18
טלפון: 08-6627222
פקס: 08-6627228
מרחק: מרחק: 2700 מ' מרחק: 2700 מ'

תאריך: 04/08/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל				אלקרינאוי אימאן	
שם המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	גיל	ז	ת. לידה
00-20952846-2	23.11	54	2553797	54	22/08/1997
שם האב	שם האב	מס' זהות	גיל	ז	ת. לידה
54 - 2553797	54 - 2553797	17 / 48	54	2553797	22/08/1997
טלפון גופי	טלפון	מס' בית	מס' בית	טלפון	טלפון
54	54	17	17	54	54

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונות עבודה

מספר הפניה: 37433105425

גרם שולח



7433

מספר הפניה



037433105425

תח' נבדק



0209528462

מספר רשיון



075661

לכבוד: רופא אורתופד

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	70017	קוד	שירות
70017	70017	קוד	שירות

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/06/2021
לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופא
מטפלת קיבל טיפול לדבריו לא שיפור
03/05/2021
נבדק ע"י פסכיאטר עקב חוסר שינה ויקצות בלילות מתקשה להירדם וכן עצבני
שובר חפצים
הומלץ על טיפול ב CIPRALEX 10 MG בערב ימשך MIRO
כאבי צוואר וגב תחתון
11/06/2021
כאבי גב תחתון ורגליים ללא חוסר שליטה על הסוגרים
04/08/2021
כאבי גב תחתון שמקרין לרגליים מתקשה לעמוד הרבה בתקופה אחרונה

סימנים חיוניים: גובה 156 06/12/2020 משקל 65.0 06/12/2020 bmi 26.71

לחץ דם 120 / 85 31/12/2020

דופק 62 06/12/2020 סדיר

27/10/2019 מתאריך 121.77 eGFR

הפניה לרפואה יועצת *** המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות *** דף 1 מ 2
אלקרינאוי אימאן 00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר סעיד אזברגה 04/08/2021

05/10/2021 תחילת

11/06/2021 ממציאם מתאריך

ממציאם בבדיקה

מב כללי טוב
רגישות לא בפציית בעמול צואר לא דפיצט אורטופדי או נוירולוג
03/05/2021
11/06/2021
רגישות בע"ש מותח SLR שלילי לא חוסר נוירולוג
04/08/2021
רגישות בע"ש מותח

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
E813		ROAD ACCIDENT
7231		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
		ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT
V6801		PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INTI
7242		LOW BACK PAIN
7243		SCIATICA

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/06/2021
04/08/2021

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR
24/07/2020		ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION C

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	0.5	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

מדה לך על חזת דעתך והמלצתך

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחוזמת הרופא

מספר השיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
הפניה לטיפול באחד מב"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית, לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2 מ 2

04/08/2021

הודפס ע"י ד"ר סעיד אזברגה

00-20952846-2

הפניה לרפואה יועצת

אילאן יואל

שם הרופא: ד"ר אירינה גורשטיין
תחום: פסיכיאטריה
מספר רשיון: 130763
כתובת: שכונה 14 בית 172 פאדוא טוקאן, רהט
טלפון: 089917223
פקס: 089917193

מרפאה: מרכז בריאות הגפש - רהט מחוז: דרום

תאריך: 30/08/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
אלקרינאוי אימאן					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	שם האב
שכונה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
רהט	ישוב	17 / 48	24.00	22/08/1997	54 - 2553797
					54 - 2553797

שלום רב,

תאריך הביקור: 30/08/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

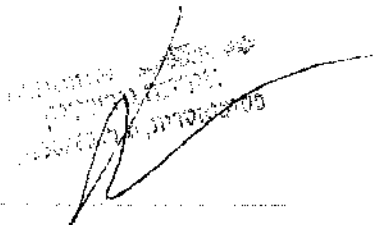
קוד	אפיון	אבחנה
		HEAVY SMOKER
		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR
		ADJUSTMENT DISORDERS MIXED DISTURBANCE OF EMOTION CONDUCT

אבחנות בביקור

ת. גילוי	אפיון	אבחנה
F432		ADJUSTMENT DISORDERS

סיכום ודין: למרות שהמלצתי על ביקור חוזר בעוד חצי שנה, הגיע בליווי אישתו כעברו חודשיים. עדיין תלונות על עצבנות עד לשבירת חפצים, טרוד, מתוח. נעלה מינון של ESCITALOPRAME ל-20MG בבוקר. ימשיך MIRO 15MG.

בברכה,



130763

ד"ר אירינה גורשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

סיכום ביקור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

הודפס ע"י ד"ר אירינה גורשטיין 00-20952846-2

אמא, אלקרינאוי

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: רהט ב'
מחוז: דרום

ד"ר סעיד אזברגה
רפואת משפחה
75881
שכונה 18, כינר אלסלאם
08-6627222
08-6627228

תאריך 05/10/2021

אישור מחלה

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		אלקרינאוי אימאן		00-20952846-2		24.01	ז	22/08/1997	שם האב
שכונה		רהט		מס' זהות		גל	מין	ת. לידה	טלפון מס' 54 - 2553797
רחוב		ישוב		מס' בית		טלפון		54 - 2553797	

תאריך תאונה 24/07/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
7242		LOW BACK PAIN

מומלץ על מנתה מתאריך 19/09/2021 עד תאריך 08/10/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 20

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

75661

ד"ר סעיד אזברגה

רופאית וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה
אלקרינאוי אימאן
המסמך מסיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 1
05/10/2021
הודפס על ידי ד"ר סעיד אזברגה
00-20952846-2

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 20952462 מס', מרחוב
ת.ז. מס' 20952462 את עו"ד אריאל פריינברג ואני
ממנה בזה נגד
להיות באי כוחי במשפט של
בענין תאונת דרכים מיום
כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והחובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, ונובעה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנייל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנייל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנייל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנייל 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 מתעניינים הנייל, 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 פסייד 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 הנייל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בטכנותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשות 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 חשותפויות, 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 המוזכרות 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 ביוזיז תכלולנה את הרבים ולחופף.

ולראיה באתי על החתום

חיים _____ 9 לחודש _____ 7 שנה _____ 20

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימות מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינדל
מס' רשמי 62254

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א' אני התנוס מסח: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

20052462

שם משפחה: Wagler שם פרטי: Mark תעודת זהות: 20052462 שם האב: _____

רחוב: Ala 16 מס': 41 עיר: רמת מיקוד: _____ טלפון: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה ו/או מי מטעמו 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 הטיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הטיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחלתה 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הטיעודי ומתיר להם בואת מתן כל מידע מכל וזיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על חתשלושים 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 טענת או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא תלה 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: _____ מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצו"ל: _____ שם קופ"ח קודמות: _____

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

תאריך: 9.1.20 עד לתתימה ומס' ת.ז. 91254 חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)