



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :		מריאנו יוסף אביתר		עבור	
D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז.
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:18	הגעה	Lab No.	346966882
Doctor		בלומר בנשימול סמואל		רופא מטפל	
Referred By		גורדון		גורם שולח	

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מס'
ANTI PROTEINASE 3	<0.2		0.-1.		
ANTI-MYELOPEROXIDASE	<0.2		0.-1.		
ANA PROFILE	Negative				(1)
DNA (ds) Ab	<1	IU/ml	0.-6.		(2)

הפרופיל לא כולל IFA

(1)

Performed by BIOPLEX

לרופא: הסבר באתר המעבדה

(2)

בלומר בנשימול סמואל

הערה כללית :



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :

מרציאנו יוסף אביתר

עבור

D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז.
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:18	הגעה	Lab No.	346966842
Doctor	בלומר בנשימול סמואל				רופא מטפל
Referred By	גורדון				גורם שולח

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מס'
C-REACTIVE PROTEIN	0.47	mg/dL	0.0-0.5	[.....#.]	(1)
RHEUMATOID FACTOR	< 15.0	IU/ml	0.-30.		(2)
COMPLEMENT C3	121	mg/dL	82.-185.	[....#.....]	(3)
COMPLEMENT C4	28	mg/dL	15.-53.	[...#.....]	(4)

מ11.4.18 שיטה חדשה (1)

בוצע במכשיר ארכיטקט

בוצע בארכיטקט מ 31.10.18 (2)

שיטה חדשה מ 31.10.18

מ15.4.18 שיטה חדשה (3)

בוצע במכשיר ארכיטקט

מ15.4.18 שיטה חדשה (4)

בוצע במכשיר ארכיטקט

בלומר בנשימול סמואל : הערה כללית :



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :		מרציאנו יוסף אביתר		עבור	
D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז.
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:18	הגעה	Lab No.	319656672
Doctor	בלומר בנשימול סמואל				רופא מטפל
Referred By	גורדון				גורם שולח

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מס'
GLUCOSE	94	mg/dL	70.-100.	[.....#..]	
UREA	33.00	mg/dL	17.-43.	[.....#....]	
CREATININE	0.78	mg/dL	0.7-1.2	[..#.....]	
URIC ACID	5.2	mg/dL	3.5-7.2	[.....#.....]	
SODIUM	140.9	mEq/L	135.-145.	[.....#....]	
POTASSIUM	3.80	mEq/L	3.5-5.1	[..#.....]	
CALCIUM	9.18	mg/dL	8.5-10.5	[...#.....]	
PHOSPHORUS	3.62	mg/dL	2.5-5.0	[....#.....]	
CHOLESTEROL	192.0	mg/dL			(1)
TRIGLYCERIDES	168	mg/dL			(2)
CHOLESTEROL- HDL	39	mg/dL			(3)
CHOLESTEROL-LDL calc	119.5	mg/dL			(4)
NON-HDL_CHOLESTEROL	153	mg/dL	35.-150.	[.....#]	
IRON	88	µg/dl	60.-160.	[...#.....]	
AST (GOT)	28	U/L	0.-35.	[.....#..]	
ALT (GPT)	44	U/L	0.-45.	[.....#]	
ALK. PHOSPHATASE	67	U/L	30.-120.	[....#.....]	
CK-CREAT.KINASE(CPK)	166	U/L	20.-200.	[.....#..]	
HEMOLYTIC	0		0.-1.	[#.....]	
LIPEMIC	0				
ICTERIC	0				

ערך רצוי קטן מ 200

(1)

ערך רצוי קטן מ 150

(2)

ערך רצוי גדול מ 40

(3)

ערך רצוי קטן מ 100

(4)

בלומר בנשימול סמואל

הערה כללית :



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :

מרציאנו יוסף אביתר

עבור

D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:18	הגעה	Lab No.	375333507
Doctor	בלומר בנשימול סמואל				רופא מטפל
Referred By	גורדון				גורם שולח

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מסי
WBC	7.5	K/ul	4.5-11.0	[.....#.....]	
RBC	5.38	M/ul	4.5-5.9	[.....#.....]	
HB	15.6	g/dl	13.5-17.5	[.....#.....]	
HCT	46.4	%	41.-53.	[.....#.....]	
MCH	29.0	pg	26.-34.	[.....#.....]	
MCHC	33.7	g/dl	30.0-36.7	[.....#.....]	
RDW	12.6	%	11.-16.	[.....#.....]	
MCV	86.2	fL	80.-100.	[.....#.....]	
NEUT%	60.0	%			
LYM%	29.6	%			
MONO%	6.0	%			
EOS %	1.8	%			
BASO %	0.3	%			
LUC%	2.2	%	0.0-4.5	[.....#.....]	
NEUT.abs	4.5	K/ul	1.8-7.7	[.....#.....]	
LYMP.abs	2.2	K/ul	1.0-4.8	[.....#.....]	
MONO.abs	0.5	K/ul	0.0-0.8	[.....#.....]	
EOS.abs	0.1	K/ul	0.0-0.5	[.....#.....]	
BASO abs	0.0	K/ul	0.0-0.2	[.....#.....]	
LUC abs	0.2	K/ul	0.0-0.4	[.....#.....]	
MACRO%	0.2	%	0.-15.	[.....#.....]	
MICRO %	0.7	%	0.-10.	[.....#.....]	
HYPER%	1.9	%	0.-10.	[.....#.....]	
HYPO %	0.3	%	0.-10.	[.....#.....]	
MICRO%/HYPO%	2.3		0.-10.	[.....#.....]	
PLT	157	K/ul	150.-450.	[.....#.....]	
MPV	8.9	fL	4.-13.	[.....#.....]	

בלומר בנשימול סמואל

הערה כללית :



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :

מרציאנו יוסף אביתר

עבור

D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:18	הגעה	Lab No.	446068278
Doctor	בלומר בנשימול סמואל				רופא מטפל
Referred By	גורדון				גורם שולח

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מס'
ESR	2	mm/h	0.-7.	[...#.....]	(1)

29/5 שינוי ע. יחוס מתאריך

(1)

בלומר בנשימול סמואל

הערה כללית :



דוח תוצאות בדיקות מעבדה

Patient Name :		מריאנו יוסף אביתר		עבור	
D.O.B	24/08/1993	ת.לידה	I.D.	311115364	ת.ז
Sex	זכר	מין	Tel		טלפון
Arrival	23/01/2023	07:24	הגעה	Lab No.	461835865
Doctor		בלומר בנשימול סמואל		רופא מטפל	
Referred By		גורדון		גורם שולח	

שם בדיקה	תוצאה	יחידות	ערכי ייחוס	תחום	הערה מס'
GLUCOSE - U STRIP	Negative	mg/dL			
BILIRUBIN- U STRIP	Negative	mg/dL			
KETONES- U STRIP	Negative	mg/dL			
SPECIFIC GRAV-U STRI	1.027		1.-1.	[.....#.]	
PH- U STRIP	5.5		4.8-7.4	[...#.....]	
PROTEIN- U STRIP	10	mg/dL			
UROBILINOGEN-U STRIP	2	mg/dL			
RBC calc. - U STRIP	Negative	/μl			
NITRITE- U STRIP	Negative				
LEUCOCYTES - U STRIP	Negative	/μl			

הערה כללית : בלומר בנשימול סמואל

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 03/01/23

חסוי/איש

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל: שיבא - 30301 מרפאת כאב

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 304311809

המבוטח: 0031111536-4

שם משפחה: מרציאנו
שם פרטי: יוסף אביתר
הרופא המפנה: 120442 בלומר בנשימול סמואל
הרופא המטפל: 120442 בלומר בנשימול סמואל
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך:

קוד שירות	תאור הטיפול/בדיקה	קוד	משה"ב	קוד
70005	בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד	1	99242	

תאריך זימון: 03/01/23

האישור בתוקף עד לתאריך: 03/07/23

קושקון אסנת

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום: הנחה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

*האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

*טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

*טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין לעיל.

*על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

*התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום

*עבור בחירת רופא או מנתח -

בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

*במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

הוזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____: ____

ט"ז-17

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 03/01/23

חשוי/אישי

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל: שיבא - 30301 מרפאת כאב

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 304222824

המבוטח: 0031111536-4

שם פרטי: יוסף אביתר
שם משפחה: מרציאנו
הרופא המפנה: 120442 בלומר בנשימול סמואל
הרופא המטפל: 120442 בלומר בנשימול סמואל
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך:

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70005	בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד	99242	1

תאריך זימון: 21/11/22

האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/23

קושקון אסנת

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום: תאונות דרכים

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

*האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

*טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

*טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

*על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

*התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום

*עבור בחירת רופא או מנתח -

בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

*במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

הוזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____: ____

ט"ז-17

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 16/08/22

חסוי/אישי

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל: רבין-בילינסון - 46300 מכון רנטגן - (דימות)

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 0 3043

המבוטח: 0031111536-4

שם משפחה: מרציאנו
שם פרטי: יוסף אביתר
הרופא המפנה: 120442 בלומר בנשימול סמואל
הרופא המטפל: 120442 בלומר בנשימול סמואל
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך:

שירות	תאור הטיפול/בדיקה	כמות
78073	טומוגרפיה ממוחשב למעט בדיקות להן קוד מיוחד	1

תאריך זימון: 01/08/22

האישור בתוקף עד לתאריך: 01/02/23

הילה שלום
שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נתקבל סך של 36.00 ש"ח בקבלה מס. 1058348
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי החשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

*האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

*טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

*טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

*על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

*התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

*תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח -
 בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
 *במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף
 לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב- 2001.

הוזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____:____

ט"ז-17

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 16/08/22

חסוי/איש

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל: רבין-בילינסון - 46340 תהודה מגנטית (M.R.I)

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 304397320

המבוטח: 0031111536-4

שם משפחה: מרציאנו
שם פרטי: יוסף אביתר
הרופא המפנה: 120442 בלומר בנשימול סמואל
הרופא המטפל: 120442 בלומר בנשימול סמואל
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך:

קוד

שירות	תאור הטיפול/בדיקה	כמות
78118	תוספת עבור חומר ניגוד לבדיקת MRI	1

תאריך זימון: 15/08/22

האישור בתוקף עד לתאריך: 15/02/23

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

*האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

*טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

*טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

*על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

*התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

*תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח -

בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות
זאת מותנה וכפוף
לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

הוזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____: ____

ט"ז-17