



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

פברואר 08 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
אגף נפגעי עבודה

ח"נ שלום רב,

פגיעה מיום 15.9.2019
הנפגע: דמיטרי למשוב, ת.ז. 307748715

הריני מייצג את מרשי הנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן :

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי וחוות דעת.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, דניאל 307741715, מרחוב תור 77 חולון,
ת.ז. מס' 307741715, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 20 לחודש 4 שנה 2021

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' 62254-1



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

שם משפחה	גמלי	שם פרטי	תעודת זהות
חריב	27	חולון	30774145
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
		טלפון	

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
 עורך אריאל פרייברג
 מס' רישוי: 4454
 חתימה: _____
 (במקרה של קטין: חתימת האפוטרופוס)



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בכך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה.

307748715

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 5

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

לרשי

שם פרטי

דניאל

מספר זהות
ס"ב

307748715

תאריך לידה

26061986

שנה חודש יום

מין

☒ זכר

עיסוק

☒ שכיר

☐ מתנדב ☐ עצמאי

☐ נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

תירכ

מס' בית

17

כניסה

4

יישוב

חולון

מיקוד

טלפון נייד

טלפון קווי

דואר אלקטרוני:

@

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר

שם פרטי של איש קשר

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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

יישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

15092019

שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה

בית מלאכה

- שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
- עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
- מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שוב

כביסה

'om

רחוב/תא דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

N3

טלפון קווי

☐ משמר הכנסת

□ צה"ל

☐ משמר אזורתי

ש"ס

□ אחר

משטרה

om '079

במיקוד

ישוב

בית

רחוב/תא דואר

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

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

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט 1100

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 מבוטח בקופ"ח

צ"ן בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

כתובת המרפאה

תזוּם מומח'ות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ונזילה בסיון נשפך סלולר
בטון וירידה שלגים
קושי דרכה וניצון גלגל
כאבים ונזילה סלולר

79

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממותי, יש לצרף מסמכים רפואיים:

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 _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד 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 מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה
אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412357

כתובת
סלולר, תל אביב

שם גורם מסייע
חזר מייצג כהן

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף/כתובתו

שם הבנק

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 מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינף 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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

הצהרה

11

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה והם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 עליי 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

חתימת התובע ☒

6.2.24

תאריך

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת 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

פרטים אישיים

1

קוד גמלה

11

מספר זהות/דרכון

307748715

תאריך הפגיעה

15092019

שנה חודש יום

שם פרטי

הגבר

שם משפחה

לשון

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☒ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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.

חתימת הנבדט *

02.20

תאריך

מיון : ר"ד כירורגי / מיון כירורגי מקרה: 1117803
 מ.א. : 30774871-5 טל: למשטב דמיטרי
 א.א. : א.א. : כחובת הערבה 27/4 חולון
 ס.א. : א.א. : סל: 034-4573533 ת.לידה: 26.06.1988
 כסוייה: תואר דחוי הפנייה
 סיבה : ת. דרכים עבודה
 ת.קבלה : 10:23 15.09.15
 מסעיל: ELAP

ביוקור חוזר BIO HAZZARD
 כר A מחסן

סיבת הפניה מחלות רקע ותחופות
 שעה 4
 מיטה
 חתימה וחומתם
 חתימה: 222160

- חברת ע"י: ☒ מ"א/גט"ן ☐ לבר/משפחה ☐ מוסד ☐ כלום
- מצב הכרה: ☒ מלאה ☐ מבובלת ☐ מעורפלת ☐ חוסר הכרה
- נשימה: ☒ עצמונית ☐ קוצר נשימה ☐ מונשם ☐ חמצן
- מצב עור: ☒ תקין ☐ פצע/להץ/יש/אין ☐ פריחה/בצקות ☐ שיפשוף/תברך
- מצב ראשי: ☒ תקין ☐ אי שקט ☐ חרד ☐ אחר*
- ניידות: ☒ עצמאי ☐ מוגבל ☐ מרותק ☐ אחר*
- שימוש בעזרים: ☐ משקפי ראייה ☐ מכשיר שמיעה ☐ מקל/תליכון/כיסא ☐ אחר*
- סיכון לנפילה: ☐ לא ☒ כן ☐ תדירות ☐ דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה

שם המלווה: _____ קרבת: _____ טלפון: _____

PR	R.A.	עמום / חד / שורף	222160	6	21:15
PO	O ₂	לוחץ / מסוקד / מקרין			
PR	R.A.	עמום / חד / שורף			
PO	O ₂	לוחץ / מסוקד / מקרין			
PR	R.A.	עמום / חד / שורף			
PO	O ₂	לוחץ / מסוקד / מקרין			
PR	R.A.	עמום / חד / שורף			
PO	O ₂	לוחץ / מסוקד / מקרין			
PR	R.A.	עמום / חד / שורף			
PO	O ₂	לוחץ / מסוקד / מקרין			

ST ☐ T.O ☐
 ת.כבד ☐ כימיה ☐
 D-DIMER ☐ ת.קרישה ☐
 CPK ☐ סרופוסין ☐
 CRP ☐ גלים ☐
 עמילאז ☐ ליפאז ☐
 ר.ת.רופות ☐ ר.אלכוהול ☐
 לקטט ☐ ת.דם ☐
 שתן כללי ☐ שתן HCG-β ☐
 חיובי / שלילי ☐ תרבות שתן ☐

רופא בודק: _____ שעה: _____
 רופא מנהל מקרה: _____ שעה: _____

תעודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריון להצחית בזאת כי ידוע לי חסב שלענין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהוא תחומה על ידי כיון עדות בשבועה שנתתי בבית משפט.

[illegible]

PROPERTY IDENTIFICATION	DATE	TIME	LOCATION	OFFICER

למעטוב דמיטרי
30774871-S
1117903

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / ניירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☐ צילוב ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ☐ ליווי רפואי



בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנה

קוד

קוד

☐ מצורפת רשומת רפואית מודפסת

המלצות להמשך בירור וטיפול הרופא

אשפוז למחלקה: _____ אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואי ☐
שיחרור: חופש מחלה _____ ימים. ביקורת תפריים בעוד _____ ימים. הוצאת תפריים בעוד _____ ימים. בדיקות מעבדה מצורפות
עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך: _____ שעה: _____
האריך: _____ שעת אשפוז / שיחרור: _____ התיבה וחתימת הרופא: _____

שיחרור סעודי:	הדרכה לשחרור:	ניתן דף הדרכה לטיפול:	המשך מעקב רפואי:
☐ הוצאת וזנפולן	☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך	☐ תחלפת חבישה בקופ"ח	☐ ביצוע הדמייה בקופ"ח
☐ בקרת סימנים חיוניים	☐ מנוחה	☐ לקיחת טיפול אנטי-ביוטי	☐ תזונה ושתיה מתאימה
☐ אומדן כאב בשחרור	☐ אחר:		
התיבה וחתימת האחות המשתחררת: _____ שעה: _____			

סודי רפואי

מעודכן ל: 15/09/19

שעה: 13:48

מחלקה מיעצת: יעוץ-אאג

מנהל מח': דר. רוט

סיכום ייעוץ - יעוצים - אף אוזן גרון

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 להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

נתוני המטופל

שם: למשוב דמיטרי

כתובת: הערבה 27/4, חולון, 5842009

ת"ז: 30774871-5 מקרה: 11117803 גיל: 33 ש מין: זכר

קופ"ח: לאומית

תאריך ייעוץ: 15/09/2019 שעת ייעוץ: 13:41

תאריך קבלה למחלקה: 15/09/2019

תאריך אשפוז: 15/09/2019

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: רפואה דחופה כירורגי

מסלול השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

חבלה

שאלה מההזמנה

לבדיקה

תוכן הייעוץ

בן 33, בריא בד"כ, לא ידוע על רגישות לתרופות.

הבוקר היה מעורב בתאונת דרכים - כנהג רכב נפגע מרכב נוסע בחלקו האחורי של הרכב.

לאחר מכן חש בכאבים בצוואר ומין כאבים דוקרים לחץ באוזן שמאל - צוואר שמאלי עליון.

טופל בוולטרן עם שיפור מסוים

בבדיקה

נינוח

צוואר ללא נפיחות או דפורמציה. רגישות במשש שרירים פרספינאליים. טווח התנועה תקין.

פה ולוע תקין

גוטוסוקפיה תקינה דו"צ

לסיכום, רושם לכאבים ממקור שרירי הצואר

המלצות:

משככי כאבים לפי הצורך

חימום ועיסוי מקומי

חתימה

שם היועץ: עצמוני, סמדר

רישיון: 87937

תאריך: 15/09/19 שעה: 13:48



612

למשׁוֹב דְּמִיטְרִי
30774871-5 :t.m.
11117803
מִיטְרִי

שעה	אופן מתן	הוראה רפואית	קצב	מיקוד	חתימת הרופא	שעת ביצוע ההוראה / חתימת ורופאית האחות
10 ⁵²		Optalgin 1gr (60 קמקור, ויין 100 מ"ל, 100 מ"ל) 100 מ"ל				
		IM Voltaren 75mg IM flexin 600mg 200 מ"ל				

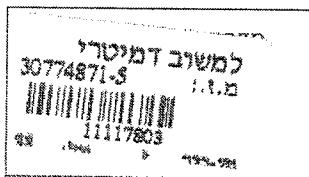
שעה	קטטר שהן(שארית)	תוכן זונדה	נקז	חתימת וחותמת האחות

☒ הובא ע'
☒ מדר"א
☐ לבד/
☐ מוסד
☐ מלונת

שם ה

710 X917

תעודה זו היא
עדות שקר.



רשימות לתרופות

ל- יוני

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / ניירולוגית

אק"י

תכנית טיפול:

דיקות: ☐ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐

חשיבות הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

אשפוז למחלקה:

שיחרור: חופש מחלה ☐ ימים. ביקורת תפרים בעוד ☐ ימים. הוצאת תפרים בעוד ☐ ימים. בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור

שחרור סעודי:

הוצאת וונפלון

ביקורת סימנים חיוניים

אומדן כאב בשחרור: 2

אחר: ☐

חתימה וחומתם האחות המשתררת

שעה: 15:00

סודי רפואי

מסודכן ל: 15/09/19

שעה: 13:48

מחלקה מיעצת: יעוץ-אאג

מנהל מח': דר. רוט

סיכום ייעוץ - יעוצים - אף אוזן גרון

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 להוראות בחוק. מסירת המידע בליגור לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

נתוני המטופל

שם: למשוב דמיטרי ח"ז: 30774871-5 מקרה: 11117803 גיל: 33 ש מין: זכר
כתובת: הערבה 27/4, חולון, 5842009 קופ"ח: לאומית

תאריך ייעוץ: 15/09/2019 שעת ייעוץ: 13:41

תאריך קבלה למחלקה: 15/09/2019

תאריך אשפוז: 15/09/2019

מחלקה רפואית מזמינה: מיון כירורגי

מחלקה סיעודית מזמינה: רפואה דחופה כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז\במיון

תולדות מחלה

חבלה

שאלה מההזמנה

לבדיקה

תוכן הייעוץ

בן 33, בריא בד"כ, לא ידוע על רגישות לתרופות.

הבוקר היה מעורב בתאונת דרכים - כנהג רכב נפגע מרכב נוסע בחלקו האחורי של הרכב.

לאחר מכן חש בכאבים בצוואר ומין כאבים דוקרים לחץ באוזן שמאל - צוואר שמאלי עליון.

טופל בוולטרן עם שיפור מטוים

בבדיקה

נינוח

צוואר ללא נפיחות או דפורמציה. רגישות במישור שרירים פרספינאליים. טווח התנועה תקין.

פה ולוע תקין

אוטוסקופיה תקינה דו"צ

לסיכום, רושם לכאבים ממקור שרירי הצוואר

המלצות:

משככי כאבים לפי הצורך

חימום ועיסוי מקומי

חתימה

תאריך: 15/09/19 שעה: 13:48

רישיון: 87937

שם היועץ: עצמוני, סמדר



תאריך הדפסה : 23/09/19
שעת הדפסה : 8:32:09
דף : 1



ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת : סוקולוב 51 חולון

טלפון : 03-5021111

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 2M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 23/09/19 שעת ביקור: 8:17
רופא: 23460 זובטיס יפים
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר: סניף חולון
תחום טיפול: רפואת משפחה
תיק רפואי: תמר

אבחנות:

723.1 CERVICALGIA [PAIN IN NECK]
< LEFT >

בירור אורטופדי, שימוש אנלגטיקה לפי הצורך.

784.0 HEADACHE

E829 OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS
15.09.19

V71.3 WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

847.03 WHIPLASH INJURY
< SUSP. >

בירור אורטופדי.

תלונות:

מצב כללי טוב. ללא קוצר נשימה וכאבי חזה בזמן בדיקה. יש לציין
בתאריך 15.09.19, בשעה 9:09, עבר תאונת דרכים בדרך לעבודתו,
היה בירור בבית חולים וולפסון, עד היום כאבים באזור צוואר
וראש צד שמאל, יותר בתנועה וכפיפה, שימוש אנלגטיקה, מדי פעם
סחרחורת.

בדיקה גופנית:

לחץ דם 125/60 ממכ"ס בישיבה
דופק 68 פעימות/דקה סדיר

רושם כללי מצב כללי טוב. ללא קוצר נשימה בזמן בדיקה

ראש וצוואר כאבים באזור צוואר, צד שמאל, יותר בתנועה וכפיפה.
ללא שינוי עור.

עיניים אישונים שווים, תגובה לאור תקינה.

אוזניים אוזן ימין ושמאל-תקין.

ריאות כניסת אוויר טובה, לא חירחורים וקרפיטציות.

*** המסמך מכיל חידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 23/09/19
שעת הדפסה : 8:32:09
דף : 2



ד"ר זובטיס יפים
רפואת משפחה
מ.ר. : 23460
כתובת : סוקולוב 51 חולון
טלפון : 03-5021111

הדפסת ביקור למטופל - המשך

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 2M	ת.לידה : 26/06/1986

ללא שום שינויים לעומת מה שהיה קודם

לב

רומברת תקין, אצבע אף תקין, ללא שום ניסגמוס. ללא
שינויים נוירולוגים אחרים ללא קישון עורף

מערכת העצבים

הפניות.....

הפניה בביקור - עמוד שדרה צוארי, עד 2 מבטים (הפניה מס. 43947881)

מרשמים.....

OPTALGIN 500 MG 20 TAB -01557
1 טבליה דרך הפה, 2 פעמים ביום (במשך 10 ימים), OP 1
DICLOVIT GEL 50 G -51660
1 מריחה לשימוש חיצוני, 2 פעמים ביום (במשך 10 ימים), OP 1

מסמכים.....

אישור מחלה - לתאריכים: 23/09/2019 - 29/09/2019



הופק ע"י ד"ר זובטיס יפים מ"ר: 23460

תאריך: 23/09/19

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה
כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

לכבוד
ד"ר זובטיס יפים, 23460
קופת חולים לאומית

ד"ר נכבד

הנדון: דימיטרי למשוב ת.ז. 307748715
הבדיקה בוצעה במאר סניף: holon בתאריך: 26/09/2019

להלן ממצאי בדיקה רדיולוגית של עמוד השדרה הצווארי (אם+לטראל):

הסיבה לביצוע הבדיקה - כאבים.

מודגמת עקומה לורדוטית רגילה.
גובה, צורה ומבנה גרמי של החוליות הצוואריות – בגדר הנורמה.
המרווחים הבין-חוליתיים – שמורים ואין לראות בהם כל חסתיידויות.
הדגמה תקינה של רקמות הרכות הפרה-ורטברליות והרטרו-פרינגיאליות ואשר אינו מורחבות.
המרווח שבין הגבול הקדמי של הדנס אל הגבול האחורי של הקשת הקדמית של האטלס – תקין.

(0, 1,1,0)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענת ע"י: ד"ר ז'ק זנה מ.ר. 23401

הוקלד ע"י: אדוני תמר

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת



18:15:09

תאריך הדפסה : 31/10/19

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

מוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר לוי דליה

אף אוזן גרון

מ.ר. : 18029

כתובת המרפאה :

אויסקין 8 חולון

טלפון במרפאה : 03-5043055

יעוץ רפואי מס. 44232951

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.ל.ידה : 26/06/86	מזרז : ז
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	גיל : 33Y 4M
טלפון : 03-5015056	084-4573535
! תבדוק רדיושט : 90862 ===== אבחנה משוערת : ===== 388.30 847.03 תלונות : ===== ב-15.9.19 האזנת דרכים , נהג ברכב ועמד ברמזור אדום . חנגשו בו מאחור . נחבל במנגנון חבלת שוט . הרגיש לחץ באוזן שמאל . נידבק במיון וזולפסון נידבק וחיה רועם של כאב ממקור שרירי הצוואר . מרגיש חוסר יציבות בעיניים עצומות במיקלחת . ובתנועות ראש מהירות לפעמים יש תחושה של שיוט להרף עין . מתנדב במיקצועי עובד עם משקפי תלת מימד ולא מצליח לעבוד איתם . כמו כן יש טינטון בטאבל שבעה זרחה שהקי מפרט לוי . יש טיפוס מבחינת חוסר יציבות . בד"כ בריא , לא נוטל תרופות באופן קבוע אבחנות כיוניות : =====	

*** המסמך מסמך מידע בלבד *** דיוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 31/10/19 16:19:09

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקילוב 51 דולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר לוי דליה

אף אוזן גרון

מ.ר. : 18029

כתובת המרפאה :

אנשיסרין 8 דולון

טלפון במרפאה : 03-5043055

יעוץ רפואי מס. 44232951 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.ל.ד. : 26/06/86	מספר : 337 4M
כתובת : יערות 27/4 דולון 58420	
טלפון : 03-5015056	054-4573535
EUTHYROIDISM 244.92 NEUROTIC DEPRESSION 300.6 PSYCHOSEXUAL DYSFUNCTION WITH PREMATURE EJACULATION 302.75 HYPERMETROPIA 367.0 STRABISMUS, OTHER SPECIFIED 373.7 < S/P > PSORIASIS AND SIMILAR DISORDERS 696 CERVICALGIA [PAIN IN NECK] 723.1 < MILD > LOW BACK PAIN - LBP 724.50 < MILD > DYSURIA 738.1	
רשאלה לטיפול : ===== מיוסנה לבדוק	
תאריך : 31/10/19	רופא ע"י ד"ר לוי דליה מ"ר : 18029
הוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתו. אם נדרשת התחייבות לקבלת טיפול זה, עליו לשלם כנסות נוספות לשרת לקוחות. קבלת רמזונים מוחנית ביכאובך לקבלת שירות זה.	
ד"ר זובטיס יפים א.א.ג. מ"ר 018029 טל. 03-5043055	

*** המסמך מכיל מידע חגון עפ"י חוק רגנות הפרטיות ***

דף 2 ממוך 2 דפים

המסמך מכיל מידע חגון עפ"י חוק רגנות הפרטיות

20:57:38

תאריך הדפסה : 10/11/19

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

טוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

פיזיותרפיה מס. 44326618

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.ל.ידה : 26/06/86	מגדר : ז
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	גיל : 33Y 4M
טלפון : 03-5015056	054-4573535
===== ! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! =====	
אבחנה משוערת: =====	
CERVICALGIA (PAIN IN NECK)	723.1
CONTUSION OF BACK	922.3
תלונות: =====	
בן 33 אחרי מעורבות בתאונת דרכים מזה חודש חודשיים, רכב אחר פגע ברכבו מאחורה, היה חגור, ללא איבוד הכרה נבדק בבית חולים וולפסון, ללא שבירים, מלין על כאבי צוואר, גב,	
אבחנות כרוניות: =====	
EUTHYROIDISM	244.92
NEUROTIC DEPRESSION	300.4
PSYCHOSEXUAL DYSFUNCTION WITH PREMATURE EJACULATION	302.75
HYPERMETROPIA	367.0
STRABISMUS, OTHER SPECIFIED	378.7
< S/P >	
PSORIASIS AND SIMILAR DISORDERS	696

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

20:57:38

תאריך הדפסה : 10/11/19

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

פיזיותרפיה מס. 44326618 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.לידה : 26/06/86	גיל : 33Y 4M
מגדר : ז	
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	
טלפון : 03-5015056	054-4573535
CERVICALGIA [PAIN IN NECK]	723.1
< MILD >	
LOW BACK PAIN - LBP	724.50
< MILD >	
DYSURIA	788.1
תאריך: 10/11/19 הופק ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר: 27860 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקצית SMART (מוחנה בחוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

www.leumit.co.il *507 או חייג מהנייד 1-700-507-507

18:13:10 תאריך הדפסה : 31/10/19

רופא אישי
ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה
מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר לוי דליה

אף אוזן גרון

מ.ר. : 18029

כתובת המרפאה :

אשיתקין 8 חולון

טלפון במרפאה : 03-5043055

מכון שמיעה מס. 44232906

פרטי המטופל	שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי		1-30774871/5
ת.ל.ידה : 26/06/86	מגדר : -	33Y 4M : י.ד.
כתובת : קטובה 27/4 חולון 58420		
טלפון : 03-5015056	054-4573535	
===== ! הבדיקה בדרושה : 90760 בדיקת שמיעה מקיפה =====		
אבחנה משוערת :		
TINNITUS, UNSPECIFIED		
< LEFT >		
WALPLASH INJURY		
< SUSP. >		
388.30		
847.03		
תלויים : ===== ב-15.9.19 האזנה דו-אוזנית, נהג ברכב ונעמד בקומה אדום, רנוסטי בו מאזור, וחבל במגנטון חבלת שוט. ררגיש לחץ בגרון שמאל. ויבדק במכון וולפטיק ביבדק והיה רגיש של כאב מאזור ערוצי הצוואר. מרגיש חוסר יציבות בעיניים עצומות במקלחת, ובבדיקות ראש מריחות לפעמים יש תחושה של שוט להרף עין. מתנדב במילצפון עיבוד עם משקפי תלת מימד ולא מצליח לעבור אותם. כמו כן יש טינטון שמאל טבעת זה מה שהכי מפריע לו. יש סיפור מבחנת חוסר יציבות. בד"כ בריא, לא נוטל תרופות באופן קבוע בדיקה גורנית : =====		

ד"ר לוי דליה
018029
03-5043055

*** המכתב מכיל מידע מוגן נפ"ח חוק הגנת הפרטיות ***

עמ' 1 מתוך 2 דפים

18:13:10

תאריך הדפסה : 31/10/19

רופא אישי
ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה
מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקילוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר לוי דליה

אף אוזן גרון

מ.ר. : 18029

כתובת המרפאה :

אופיסטין 8 חולון

טלפון במרפאה : 03-5043055

מכון שמיעה מס. 44232906 - המשך

פרטי המטופל	שם מלא	תעודת זהות
לחשוב דמיטרי	1-30774871/5	
ת.ד.י.ח. : 26/06/86	מגדר : ז	גיל : 33Y 4M
כתובת : 27/4 ישוב בלוטות לימפה מיגדלות . חידואיד		
טלפון : 03-5015056	054-4573535	
בריקת כדורים אין רגישות בוקש הסינוסים אף ילוע חסינים צואר - לא נחושון בלוטות לימפה מיגדלות . חידואיד לא נחושון מיגדל אוסטוסקופיה תקינה דו צדדי אין נישגמוס, פיטטוליה טסט - שלילי ROMBERG תקין, FUKUDA תקין, TANDEM GAIT - תקין צרבצרי : אצבע-אף יריסדיאדיקוקונוטיס תקינים. עצבים קרניאלים (3,4,6,7,9,11,12) יכיות גסט תקינים. DIX HALPPIKE - תקין ** נאשת אודיון + AFRA יתכן וכל רחלונית בטל תכיה הציונארות אחרת רחלונית LASH		
סיבת הרפואה:		
טייטוס בשמאל		
תאריך : 31/10/19	הופל ע"י ד"ר לוי דליה מ"ר : 18029	
חוקר התפנית ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מתנית בנכאית לקבלת שירות זה.		

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים



התחייבות: 102626938

ת.ז. לקוח: 307748715

לכבוד

שם ספק : אודיו-מדיק-מרכז רפואי בת-ים

כתובת : שד' העצמאות 67 בת ים

טלפון : 03-5008826

טלפון נוסף : 03-5008800

תאריך הפקה: 12/11/2019

תוקף התחייבות זו עד תאריך 31/12/2019

מקור

מספר 102626938

התחייבות למכון

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 12/11/2019

פרטי הלקוח				
שם לקוח.....		למשוב דמיטרי		
ת.ז. לקוח...: 307748715				
שנת לידה : 1986		טלפון : 03-5015056		
כתובת : הערבה 27/4 חולון 5842009		טלפון נוסף : 054-4573535		
פרטי טיפול				
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק	כמות
1	90760	בדיקת שמיעה מקיפה	90760	1
פרטי גורם מפנה				
רופא מפנה...: לוי דליה		רישיון.....: 18029		
מרכז רפואי: חולון		תאריך הדפסה: 12/11/2019		
מפיק.....: איריס אלמוג-נ.ק.לקוח				
חתימה וחותמת				
תודה שבחרת לאומית				





בדיקה אודיולוגית

שם הנבדק

דניאל

תעודת זהות

303348715

תאריך לידה

1986

מוכנה על ידי

ר' ע'י ע'י

קופת חולים

מאיר

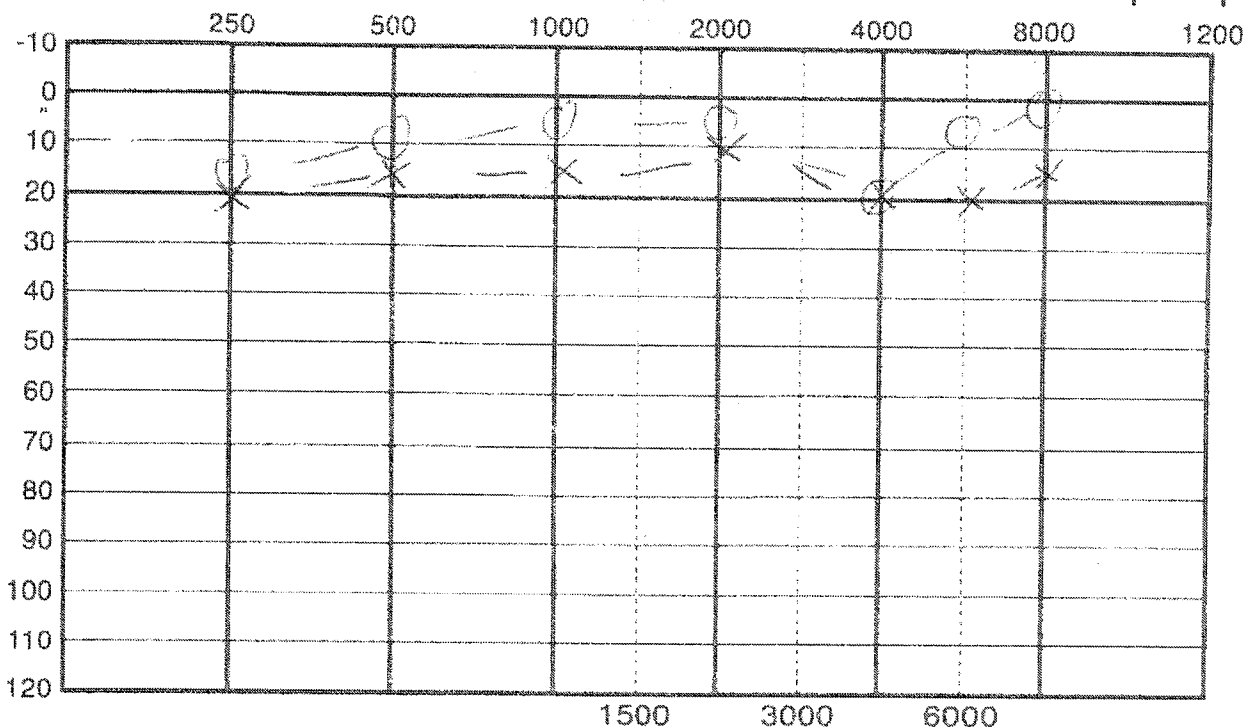
תאריך בדיקה

18/01/19

שם הבודק

ד"ר ע'י ע'י

אודיומטר



WEBER

Th+10 dB

SPEECH AUDIOMETRY

	RI	+MASKING	LI	+MASKING
SRT	100dB		45dB	
DISC%	96%		100%	
dB	45dB		50dB	
TOLER				

TYMPANOMETRY

	אוזן שמאל		אוזן ימין	
TYPE				
	אוזן שמאל		אוזן ימין	
Hz	IPSI	CONTRA	IPSI	CONTRA
500Hz				
1000Hz				
2000Hz				

אוזן ימין	אוזן שמאל	הבדיקה
O - O	X - X	העברת אוויר
Δ - Δ	□ - □	העברת אוויר הא. הנגדית מוסוות
↓	↓	לא רשם
▷ - ▷	◁ - ▷	העברת עצם
◀ - ▷	◁ - ▷	העברת עצם הא. הנגדית מוסוות
←	→	Weber
F.F	F.F	Free Field
St	St	stenger

הערות והמלצות: תאריך: 9/1/19

הערה: תאריך: 9/1/19

הערה: תאריך: 9/1/19

20:57:38

תאריך הדפסה : 10/11/19

רופא אישי
ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה
מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

פיזיותרפיה מס. 44326618

פרטי המטופל	שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5	
ת.ל.ידה : 26/06/86	מגדר : ז	גיל : 33Y 4M
כתובת : העתבה 27/4 חולון 58420	טלפון : 054-4573535	03-5015056
! הבדיקה נדרושה : 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת : CERVICALGIA (PAIN IN NECK) CONTUSION OF BACK תלונות : בן 33 אחרי מעורבות בתאונת דרכים מזה חודש חודשים , רכב אחר פגע ברכבו מאחורו, היה חגור, ללא איבוד הכרה נבדק בבית חולים וולפסון, ללא שבירים, חלין על כאבי צוואר, גב , אבחנות כרוניות : EUTHYROIDISM 244.92 NEUROTIC DEPRESSION 300.4 PSYCHOSEXUAL DYSFUNCTION WITH PREMATURE EJACULATION 302.75 HYPERMETROPIA 367.0 STRABISMUS, OTHER SPECIFIED 378.7 < S/P > PSORIASIS AND SIMILAR DISORDERS 696		

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

20:57:38

תאריך הדפסה : 10/11/19

רופא אישי

ד"ר זובטס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקילוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ ירושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

פיזיותרפיה מס. 44326618 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת. לידה : 26/06/86	גיל : 33Y 4M
מגדר : ז	
כתיבת : הערבה 27/4 חולון 58420	
טלפון : 03-5015056 054-4573535	
CERVICALGIA [PAIN IN NECK]	723.1
< MILD >	
LOW BACK PAIN - LBP	724.50
< MILD >	
DYSURIA	788.1
תאריך : 10/11/19 רופא ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר : 27860 הוקף הפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההחליות באתר LEUMIT.CO.IL ב"ה"ג הכריזות שלי" או באפליקציה SMART (מותנה בחו"ת קבע). לקבלת טע משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	

*** הימחק מכליל מידע מוגן טפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

1-700-507-507 או חייג מהנייד *507 www.leumit.co.il

תאריך הדפסה : 2/12/19
שעת הדפסה : 7:40:13
דף : 1

ד"ר יופה ויטלי
נוירולוג/עצבים
מ.ד. : 21157
כתובת : סוקולוב 51 חולון
טלפון : 03-5021111

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 5M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 2/12/19 שעת ביקור: 7:34
רופא/מטפל: 21157 יופה ויטלי
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר: סניף חולון
תחום טיפול: נוירולוג/עצבים
תיק רפואי: תמר
אבחנות:

E829 OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS

תלונות:

מוטר שלפני כחודשיים וחצי היה מעורב בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס לרכב בו נהג מאחורה. מוסר שנחבל בראשו מההגה, ללא איבוד הכרה, ללא הקאות. נבדק בחדר מיון.
שולל כאבי ראש. מתלונן על רעש באוזן שמאל, אפיזודות של סחרחורת. מטופל אצל רופא אורתופד. נבדק אצל רופא א.א.ג. מקבל טיפול פיזיותרפי, מתלונן על כאבי צוואר.

בדיקה גופנית:

בדיקה כללית

דיבור תקין. אישונים שווים. פונדוס ללא פאפילדמה. תנועות עיניים ללא ניסטגמוס. פנים סימטריים. ללא צניחת גפיים. החזרים גידיים סימטריים. תפקודים צרבלארים תקינים. הליכה תקינה.

הפניות:

הפניה בביקור - דופלקס עורקי צוואר-דג צדדי (הפניה מס. 44531388)

סיכום דיון והמלצות:

תוזמן לבדיקת ביקורת

ד"ר יופה ויטלי
מומחה בנזיקולוגיה
מ.ד. 21157
14709

הופק ע"י ד"ר יופה ויטלי מ"ר: 21157

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו מטעם את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך: 18.11.2019

בדיקת פוטנציאלים מעוררים מגזע המוח - ABR

שם הנבדק: למשוב דמיטרי גיל: 1986 ת.ז. 307748715
הופנה ע"י: דר' לוי דליה קופ"ח לאומית

הבדיקה בוצע בעוצמה של 85 dB nHL סוג הגירוי: Alt.click קצב הגירוי: 21 pps

דגם התגובה: ברור ועקבי דו – צדדית.

חביון הגלים: התקבל בתחום הנורמה דו – צדדית.

משרעת הגלים: תקינה דו – צדדית.



זמן מעבר בגזע המוח BTI: תקין ודומה בין האוזניים.

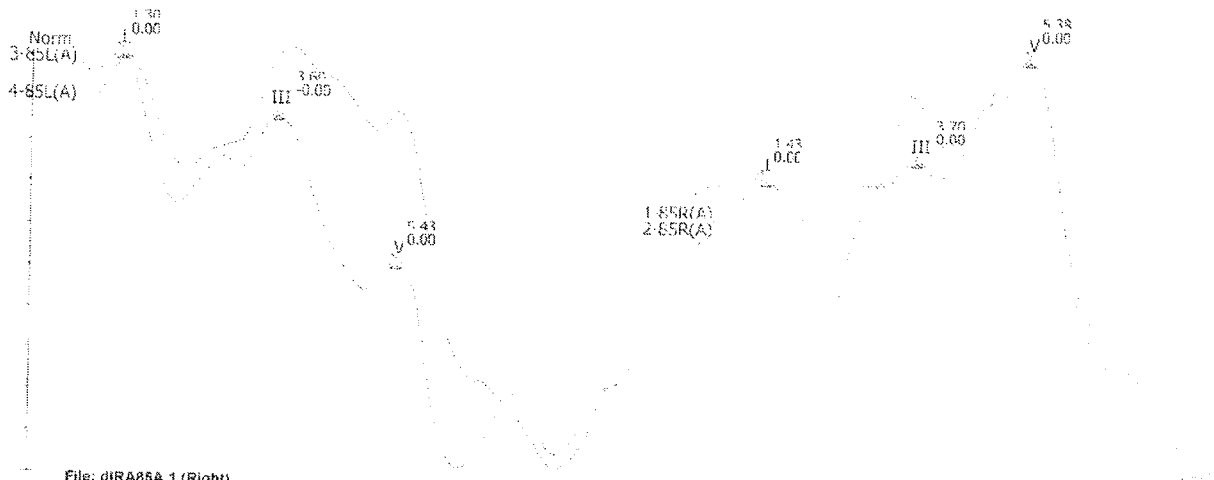
הבדל בין האוזניים: לא התקבל הבדל משמעותי בין האוזניים.

*תרשים הבדיקה מצורף.

הכבוד רב
דפנה ששן IMA
קלינאית תקשורת בכירה

dmitry lamshov

ID: 307748715 Page: Acq Test Date: 2019.18.20 DOB: Age: (LO8 empty) Report: 2019.18.20



File: dIRA85A.1 (Right)
 File: dILA85A.1 (Left)
 Peak Differences:
 Peak I: 0.1250ms 0.0000uV
 Peak III: 0.1000ms 0.0002uV
 Peak V: 0.0500ms 0.0000uV
 Peak III-I: 0.0250ms
 Peak V-I: 0.1750ms
 Peak V-III: 0.1500ms



Num	Filename	Int	Ear	Stim.	Type	Swps/Art	Rate	Mode	PP Amp	SNR RN	Gain	Filters
1	dIRA85A.1	85nHL	R	Inst	Click	1513/2	21.1	Altr	1.08	2.20 0.35	100	100-1500Hz
2	dIRA85A.2	85nHL	R	Inst	Click	1511/1	21.1	Altr	0.68	0.99 0.47	100	100-1500Hz
3	dILA85A.1	85nHL	L	Inst	Click	2903/3	21.1	Altr	1.05	2.40 0.18	100	100-1500Hz
4	dILA85A.2	85nHL	L	Inst	Click	1873/12	21.1	Altr	1.24	2.20 0.40	100	100-1500Hz

System SNR & RN Region: 4.00 - 9.00 ms (*) indicates different region used

Num	Int	Ear	Peaks: Latency(ms) Amp(uV) (AR=Amplitude Ratio)
1	85	R	I: 1.43 0.00 III: 3.70 0.00 V: 5.38 0.00 III-I: 2.28 V-III: 1.67 V-I: 3.95
2	85	R	
3	85	L	I: 1.30 0.00 III: 3.60 0.00 V: 5.43 0.00 III-I: 2.30 V-III: 1.82 V-I: 4.13
4	85	L	

7:38:32

תאריך הדפסה : 2/12/19

רופא אישי

ד"ר דובטס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר יופה ויטלי

נוירולוג/עצבים

מ.ר. : 21157

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

בדיקת כלי-דם מס. 44531388

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.לידה : 26/06/86	מגדר : ז
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	ג'ל : 33Y 5M
טלפון : 03-5015056	054-4573535
! הבדיקה הדרושה: 50660 דופלקס עורקי צוואר-דיו צדדי ! אבחנה משוערת: E829 OTHER ROAD VEHICLE ACCIDENTS תלונות: מוסר שלפני כחודשיים וחצי היה מעורב בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס לרכב בו נהג מאחורה. מוסר שנחבל בראשו מההגה, ללא איבוד הכרה, ללא הקאות. נבדק בחדר מיון. שולל כאבי ראש. מתלונן על דעש באוזן שמאל, אפיוזדות של סחרחורת. מטופל אצל רופא אורתופד. נבדק אצל רופא א.א.ג. מקבל טיפול פיזיותרפי. מתלונן על כאבי צוואר. סיבת ההפניה: מופנה לבדיקת דופלר עורקי קרטיס תאריך: 2/12/19 הופק ע"י ד"ר יופה ויטלי מ"ר: 21157 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה. אילן יופה ויטלי מומחה בנזיל קליניקה מ.ר. 21157	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים

1-700-507-507 או חייג מהחייד *507 www.leumit.co.il

תאריך הדפסה : 29/12/19
שעת הדפסה : 19:39:49
דף : 1



ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת : רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון : 03-5519999

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 6M	ת.לידה : 26/06/1986

אתר : סניף קרית בן גוריון

תחום טיפול : כירורגיה אורתופ

תיק רפואי : תמר

תאריך ביקור : 29/12/19 שעת ביקור : 19:34

רופא/מטפל : 27860 זברסקי ולדימיר

סיבת ביקור : 1 מחלה

אבחנות :

847.03 WHIPLASH INJURY
922.3 CONTUSION OF BACK

תלונות :

אחרי מעורבות בתאונת דרכים, עדיין כאבים בצווארי, גב תחתון,
ציפוצופים באזם שמאל, נבדק ע"י רופא א,א, ג ללא בעיה חריפה

בדיקה גופנית :

צוואר - תנועות מוגבלות, רגישות במישוש

ראש וצוואר

רגישות במישוש באזור עמ"ש מותני, אין חסר
נוירולוגי

עמוד שידרה וגב

הפניות :

הפניה בביקור - עצמות או מפרק-מפוי ספקט/SPECT (הפניה מס. 44783310)

סיכום דיון והמלצות :

משככי כאבים, ביקורת חוזרת אחרי ביצוע מיפוי עצמות ספקט

הופק ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר : 27860

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של היסטוריה רפואית והגנת הפרטיות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבטח. איננו ממידע זה
כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:13:24
דף : 1



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 6M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 29/12/19 שעת ביקור: 8:57
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר: : סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

עדיין כאב צווארי טוראקלי
מתגבר בישיבה ממושכת
לילה מתעורר

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות
הדרכה למקאנזי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:14:05
דף : 1

ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 6M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 12/01/20 שעת ביקור: 8:30
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר:: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

כאב עמוש תחתון לאחר תאונת דרכים
החמיר לאחר הטיפול הקודם
בעיקר בלילה או ישיבה ממושכת

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות
הדרכה למקאנזי עמוש תחתון



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:14:15
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 6M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 19/01/20 שעת ביקור: 9:19
רופא/מטפל...: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר.....: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות.....:

שינוי קל כאב פחת 20 אחוז
היה הגברה בכאב לאחר הטיפול הקודם
עדיין כאב בישיבה
לילה מתעורר

סיכום דיון והמלצות:

חימום מוביליזציות
הדרכה למקאנזעי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:14:24
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 26/01/20 שעת ביקור: 9:04
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר:: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

שינוי קל כאב פחת 20 אחוז
קשיין כאב טוראקלי
לילה כאב מתעורר
במישור כאב באיזור טוראקלי

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנט
מוביליזציות
הדרכה למיציבי שכמות



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:14:48
דף : 1



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 2/02/20 שעת ביקור: 9:23
רופא/מטפל...: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר.....: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות.....:

כאב התגבר עמוש צווארי
מתגבר בישיבה מעל חצי שעה
לילה מתעורר בשינוי תנוחה
במישור ספזם דוצ ניכר בטרפסיסים עליונים

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות הדרכה



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

11:06:56

תאריך הדפסה : 6/02/20

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר פרס יצחק

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 28386

כתובת המרפאה :

צה"ל 26 גן יבנה

טלפון במרפאה : 08-6996070

פיזיותרפיה מס. 45213618

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.לידה : 26/06/86	מגדר : ז
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	גיל : 33Y 7M
טלפון : 03-5015056	054-4573535
סוג אירוע.....: תאונת דרכים	
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח !	
אבחנה משוערת:	
CERVICALGIA [PAIN IN NECK] < CHRONIC >	
723.1	
תלונות:	
אחר מעורבות בתאונת דרכים, עדיין כאבים בצוואר, גב תחתון, ציפוצופים באזם שמאל, נבדק ע"י רופא א,א,ג ללא בעיה חריפה	
אבחנות כרוניות:	
EUTHYROIDISM	
NEUROTIC DEPRESSION	
PSYCHOSEXUAL DYSFUNCTION WITH PREMATURE EJACULATION	
HYPERMETROPIA	
244.92	
300.4	
302.75	
367.0	

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:14:59
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 6/02/20 שעת ביקור: 11:04
רופא/מטפל: 28386 פרס יצחק
סיבת ביקור: 1 מחלה
תחום טיפול: כירורגיה אורתופ
תיק רפואי: תמר

אבחנות:

723.1 CERVICALGIA [PAIN IN NECK]
< CHRONIC >

תלונות:

אחרי מעורבות בתאונת דרכים, עדיין כאבים בצווארי, גב תחתון,
ציפוצופים באוזם שמאל, נבדק ע"י רופא א,א,ג ללא בעיה חריפה

הפניות:

הפניה בביקור - טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח (הפניה מס. 45213618)



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:15:40
דף : 1



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 9/02/20 שעת ביקור: 9:38
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר:: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

שינוי קל כאב פחת 20 אחוז
כבא באיזור טוראקלי תחתון
בעיקר בישיבה עמידה ממושכת
נוירולוגי
תקין

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות הדרכה



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:15:57
דף : 1

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 16/02/20 שעת ביקור: 8:32
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר
אתר:: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה

תלונות:

שינוי קל כאב פחת 20 אחוז
עדיין כאב טוראקלי
בעיקר ישיבה ממושכת
במישור כאב T456
ספזם דוצ פראוורטברלי

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
הדרכה למקאנזי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:16:07
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 23/02/20 שעת ביקור: 9:46
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר:: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

שיפור 30 אחוז בכאב
ללא כאב מס ימים
לאחרונה כאב חזר טוראקלי 5
לילה תקין
ישיבה מעל שעה כאב מתגבר

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות הדרכה
תרגול מקאנזי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



התחייבות: 103687523

ת.ז לקוח: 307748715

לכבוד

שם ספק : מאר חולון

כתובת : החסדורות 35 חולון

טלפון : 170-0708090

טלפון מסך :

תאריך הפקה: 27/02/2020

תוקף התחייבות זו עד תאריך 31/03/2020

מקור

מספר 103687523

התחייבות למכון

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 27/02/2020

פרטי הלקוח				
שם לקוח : למשוב דמיטרי		ת.ז לקוח : 307748715		
שנת לידה : 1986		טלפון : 03-5015056		
כתובת : הערבה 27/4 חולון 5842009		טלפון מסך : 054-4673535		
פרטי טיפול				
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק	כמות
1	50660	דופלקס עורקי צואר-דו צדדי	5501	1
פרטי מרפא				
רופא מפנה : יופה ויטלי		רישיון : 21157		
מרכז רפואי : חולון				
מפיק : נטליה חריטומב נ.ק.ל				
חתימה וחותמת				
התחייבות זו מחויבת בתשלום של 35.00 ש"ח למספר זה יגבה באמצעות חוראת קבע עפ"י הפרטים המצויים בידנו במועד הקרוב. אם התחייבות לא תמומש, ניתן לפנות למרפאה לקבלת החזר השתתפות. ההחזר יהיה כנגד טופס התחייבות מקורי.				
תודה שבחרת לאומית				



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:16:19
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 8M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 1/03/20 שעת ביקור: 9:30 אתר.....: סניף יבנה
רופא/מטפל...: 100047 שלמה טל תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה תיק רפואי: תמר

תלונות.....:

כבא עמוש צווארי טוראקלי
הגבלה ברוטציה לימין חצי טווח
לילה מתעורר במעברים
בבדיקה
כאב באיזור T48 C56
נוירולוגי תקין

סיכום דיון והמלצות:

חימום

טנס

מוביליזציות צוואריות

הדרכה לתרגילי מתיחות לטרפסיוס עליון בעיקר ימין



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

לכבוד
ד"ר יופה ויטלי, 21157
קופת חולים לאומית

ד"ר נכבד

הנדון: דימיטרי למשוב ת.ז. 307748715
הבדיקה בוצעה במאר סניף: holon בתאריך: 01/03/2020

להלן בדיקה על-קולית דופלר של עורקי התרדמה:

מימין ומשמאל:

הודגמה מורפולוגיה.

תרשימי זרימה ומהירויות בעורקי התרדמה המשותף, הפנימי והחיצוני בגדר הנורמה.

הודגמה זרימה תקינה בעורקי החוליות.

(0, 1, 1, 0)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר אלכסנדר אלטשולר מ.ר. 27731

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. 18680

הוקלד ע"י: אלטשולר אלכסנדר

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת





ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:16:28
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 8M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 15/03/20 שעת ביקור: 9:26
רופא/מטפל: 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות:

כבא טוראקלי
בעיק רבישיבה ועמידה
בוקר מתקשה להתכופף לנעליים

סיכום דיון והמלצות:

טנס
חימום
הדרכה מקאנזי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

7:58:45

תאריך הדפסה : 23/09/20

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה

מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

מפוי/בדיקות איזוטופיות מלבד לב מס. 47073652

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.לידה : 26/06/86	גיל: 34Y 2M
כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420	מגדר: ז
טלפון : 03-5015056 054-4573535	
! הבדיקה הדרושה: 36034 עצמות או מפרק-מפוי ספקט/SPECT ! אבחנה משוערת: 847.03 922.3 תלונות: ביקור חוזר- נמצא במעקב במרפאתנו עקב כאבי צוואר, גב, לאחר תאונת דרכים, סיבת ההפניה: אלה של קליטה מוגברת באזור עמ"ש צווארי, מותני, המשך בירור כאבי צוואר וגב לאחר תאונת דרכים תאריך: 23/09/20 הופק במקור ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר: 27860 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. הופק ע"י הלקוח באתר האינטרנט אם נדרשת התחיבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחיבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים



ב"א שלמה טל
שרות פיזיותרפיה

כתובת : שד דואני 20 יבנה
טלפון : 08-9325800

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:13:10
דף : 1

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 33Y 5M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 22/12/19 שעת ביקור: 10:03
רופא/מטפל : 100047 שלמה טל
סיבת ביקור: 61 פיזיותרפיה
אתר.....: סניף יבנה
תחום טיפול: שרות פיזיותרפיה
תיק רפואי: תמר

תלונות.....:

במהלך תאונת דרכים בספטמבר
וויפלאש
כאב עמוש צווארימוטוראקלי
טינטון באוזן שמאל
הגבלה בכיפוף ידי לשמאל
מתקשה לשבת לעבוד מול מחשב
נהיגה ממושכת
הרמת משאות גם קלים

סיכום דיון והמלצות:

חימום טנס
מוביליזציות
הדארכה למקאנזי צווארי



הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



ד"ר זברסקי ולדימיר
כירורגיה אורתופ

תאריך הדפסה : 17/11/20
שעת הדפסה : 8:09:02
דף : 1

כתובת : רבינוביץ יהושע 58 חולון
טלפון : 03-5519999

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 34Y 2M	ת.לידה : 26/06/1986

תאריך ביקור: 23/09/20 שעת ביקור: 7:56
רופא/מטפל: 27860 זברסקי ולדימיר
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר.....: סניף קרית בן גוריון
תחום טיפול: כירורגיה אורתופ
תיק רפואי: תמר

אבחנות.....
=====

847.03 WHIPLASH INJURY
922.3 CONTUSION OF BACK

תלונות.....
=====

ביקור חוזר- נמצא במעקב במרפאתנו עקב כאבי צוואר, גב, לאחר
תאונת דרכים,

הפניות.....
=====

הפניה בביקור - עצמות או מפרק-מפוי ספקט/SPECT (הפניה מס. 47073652)

סיכום דיון והמלצות:
=====

משככי כאבים, ביקורת חוזרת אחרי ביצוע מיפוי עצמות

הופק באתר האינטרנט ע"י הלקוח

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
בהתאם לכללים שנקבעו על ידי משרד הבריאות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

המכון לרפואה גרעינית

הנדון: למשוב, דמיטרי, ת.ז: 307748715 תאריך לידה: 26/06/1986

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 13/12/2020

מיפוי עצם כל גופי וספקט צוואר, גב עליון וחגורת הכתפיים:

חומר הזרקה: המטופל קיבל 27.00mCi של ^{99m}Tc .

סיבת הפניה: כאבים בצוואר ובגב לאחר מעורבות בתאונת דרכים.

ממצאים:

אין לראות קליטות פתולוגיות של החומר בצוואר, עמוד השדרה לכל אורכו, אגן ופרקי הירך.
אין לראות ממצאים חיוניים בותר עצמות השלד.

טכנאי/ת: מיכאל קפלן

בברכה,
ד"ר אורן ויקטור
מומחה לרפואה גרעינית
מ ר 7758
מ ר מ 6480

הוקלד על ידי: מישל אזיב

מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק מכיל את כל הבדיקה.

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

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא 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 לפניית של רופאים בלבד!

תאריך הדפסה : 27/01/21 8:15:00

רופא אישי
ד"ר זובטיס יפים

רפואת משפחה
מ.ר. : 23460

כתובת המרפאה :

סוקולוב 51 חולון

טלפון במרפאה : 03-5021111

רופא מפנה

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 27860

כתובת המרפאה :

רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון במרפאה : 03-5519999

טפול ברפואה משלימה משולבת מס. 48487414

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
למשוב דמיטרי	1-30774871/5
ת.לידה : 26/06/86 כתובת : הערבה 27/4 חולון 58420 טלפון : 03-5015056 054-4573535	גיל : 34Y 7M מגדר : ז
! הבדיקה חדרושה: 80001 ביקור ראשון אבחון רפואה משלימה ! אבחנה משוערת: 847.03 922.3 תלונות: ביקור חוזר תיפוי עצמות -- תקין,	
תאריך: 27/01/21 הופק ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר: 27860 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"חיק הבריאות שלי" אצל קציית SMART (מוחנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית	

קצ"ח באומת
ד"ר זברסקי ולדימיר
מטופל: 48487414
מ.ר. : 27860

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים

1-700-507-507 או חייג מהנייט *507 www.leumit.co.il

תאריך הדפסה : 27/01/21
שעת הדפסה : 8:15:22
דף : 1

ד"ר זברסקי ולדימיר

כירורגיה אורתופדית

י.ר. : 27860

תחנת : רבינוביץ יהושע 58 חולון

טלפון : 03-5519999

הדפסת ביקור למטופל

שם : למשוב דמיטרי	ת.ז. : 1-30774871/5
גיל בעת הביקור : 34Y 7M	ת.לידה : 26/06/1986

אתר : סניף קרית בן גוריון

תחום טיפול : כירורגיה אורתופדית

תיק רפואי : תמר

תאריך ביקור : 27/01/21 שעת ביקור : 8:12

רופא/מטפל : 27860 זברסקי ולדימיר

סיבת ביקור : 1 מחלה

אבחנות :

847.03 WHIPLASH INJURY
922.3 CONTUSION OF BACK

תלונות :

ביקור חוזר מיופוי עצמות -- תקין,

הפניות :

הפניה בביקור - ביקור ראשון אבחון רפואה משלימה (הפניה מס. 48487414)

סיכום דיון והמלצות :

ביקורת חוזרת אחרי טיפול רפואה משלימה



ד"ר זברסקי ולדימיר
מנהל רשות אורתופדית
מ.ר. 27860

הופק ע"י ד"ר זברסקי ולדימיר מ"ר : 27860

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו מחצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראייה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

ד"ר פרנקל אברהם
M.D., Dipl. In O.R.L., M.Sc.
מומחה למחלות א.א.ג.
מוסמך באודיולוגיה רפואית
רח' יגאל ידין 6, רעננה
טל': 052-2657264 ,09-7710107

30/1/24

חוות-דעת רפואית: למשוב דמיטרי, ת.ז. 30774871-5

להלן פרטי השכלתי:

- 1982: סיום חוק לימודי הרפואה באוני' ת"א.
- 1983: סטאג' בבי"ח "איכילוב". בעל רשיון לעסוק ברפואה מס' 16948.
- 1984-1989: שרות צבאי כרופא כללי (עתודאי). תפקיד אחרון - יו"ר וועדה רפואית (המשכתי למלא תפקיד זה גם במילואים).
- 1988-1994: התמחות במחלות א.א.ג בבי"ח "איכילוב". בעל אישור תואר מומחה מס' 13882.
- 1994-1995: קורס מאסטר באודיולוגיה-רפואית (בעיות שמיעה ושיווי-משקל) באוני' לונדון.
- אוק' 1995 ואילך, משמש כרופא פוסק בוועדות-רפואיות של משרד הביטחון וביטוח-לאומי. השתלבות בפעילות האקדמית של מח' א.א.ג בבי"ח "מאיר" במסגרתה שמשתי בין היתר כחוקר בפרוייקט מחקר משותף עם "המכון לבריאות העובד ושיקומו" וכן הצטרפות כפרטנר בפרוייקט המחקר הכללי אירופאי על נזקי רעש (P.A.N- Protection Against Noise, European Concerted Action). כמו כן, שמשתי כמדריך בסדנת לימוד והכנה למבחני שלב ב' בהתמחות של מחלות א.א.ג במסגרת ביה"ס ללימודי המשך ברפואה של אוני' ת"א ומדריך לסטודנטים לרפואה שנה שישית בפקולטה לרפואה של אוני' ת"א. עובד כרופא מומחה למחלות אאג במרפאת מומחים של קופ"ח "כללית" בנתניה וכעצמאי של קופ"ח "מכבי" ו"מאוחדת" ברעננה ומרכז את הברור והטיפול בבעיות שמיעה וסחרחורת של אזור השרון של קופ"ח "מאוחדת".

להלן חוות דעתי:

מר למשוב דמיטרי, בן 37, בדרך כלל בריא, לא נוטל תרופות קבועות. ב-15/09/2019 היה מערב בתאונת דרכים כנהג כשהרכב שנסע מאחוריו התנגש בו מאחור, כשעמד ברמזור אדום. התלונן על כאבי צוואר עם כאב דוקר ולחץ באוזן שמאל. נבדק באותו יום במיון בי"ח "וולפסון" ואובחן כסובל מחבלה במנגנון "צליפת שוט". טופל בוולטרן עם שיפור מסוים.

מאז התאונה, סובל מכאבי עורף וראש ואחת למספר חודשים סחרחורת כשמרכיב על עיניו מערכת Virtual Reality אותה הוא מתאר כתחושת "ריחוף" וחוסר שיווי-משקל למספר שניות. שולל ורטיגו-סבובי. כמו כן, מעיד על ירידת כושר השמיעה משמאל ו"צפצוף" (טיניטוס) קבוע שמפריע להירדם.

בבדיקתו

אוטוסקופיה: תקינה. רגישות מעל השרירים הפארא- וורטברליים משמאל. רומברג: שלילי.
מבחני הליכה: תקינים. HIT ותמרון על- שם דיקס- הולפייק: שליליים.
אודיומטריה מ-18/11/2019: סף שמיעה לצליל טהור בגבול הנורמה, דו- צדדי. SRT של: ימין= 10 דציבל, שמאל= 15 דציבל, דהיינו, תקין. דיסקרימינציה: תקינה דו- צדדי. בדיקת BERA באותו תאריך: תקינה.
אודיומטריה מ-10/5/23: סף שמיעה לצליל טהור בגבול הנורמה, דו- צדדי, טוב יותר מימין. סף ממוצע לצליל- טהור בתדירויות הדיבור: ימין= 0-5 דציבל, שמאל= 15-20 דציבל, תואם לערכי ה-SRT, דיסקרימינציה: תקינה דו- צדדי. באנמזה צויין ששולל סחרחורת.

דיון ומסקנות

מדובר בגבר, בן 37, בדרך כלל בריא, ללא היסטוריה של בעיית שמיעה, שסבל מחבלה במנגנון "צליפת שוט" בעת היותו מערב בתאונת דרכים ב-15/09/2019. מאז החבלה סובל, לדבריו, מירידת כושר השמיעה וטיניטוס קבוע. הטיניטוס מתועד ברשומה הרפואית.
חבלה מסוג "צליפת שוט" יכולה לגרום ל-Labyrinthine Concussion עם קרע ממברנות והרס, בלתי הפיך, של תאי השיער באיבר על- שם קורטי שבשבלול באוזן הפנימית. הפגיעה העורפית בחבלה מסוג זה גורמת למתיחת רצועות בין חוליות עם שבוש התפקוד של חיישנים פרופריוצפטיביים וכן למתיחת עורקי החוליות עם פגיעה בפלקסוס הפארא- סימפטתי המצוי בדופנותיהם. מכאן, ההסבר גם לתחושת הכאב הצווארי, והרגישות המקומית הנ"ל.

לפי תקנות המוסד לביטוח לאומי, כמומחה למחלות אף-אוזן-גרון, אני מעריך את נכותו הצמיתה בתחום זה כדלקמן:

ליקוי שמיעה בתדירויות הגבוהות עם טיניטוס קבוע: 72. (4) ד. II = 10%

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה לבית המשפט. הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זאת כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

ד"ר א. פרנקל

M. LEVINKOPF M.D
ORTHOPAEDIC SURGEON
BEIT GIBOR SPORT
7 MENACHEM BEGIN RD. 9TH FL.
RAMAT GAN 528102
TEL. 03-6128558
FAX. 03-6121729

ד"ר משה לוינקופף
מומחה לכירורגיה אורתופדית
בית גיבור ספורט
דרך מנחם בגין 7 קומה 9
528102 רמת גן
03-6128558 טלפון:
03-6121729 פקס:

office@levinkopf.co.il

17.7.2023

חוות דעת רפואית

להלן פרטי השכלתי: בוגר ביה"ס לרפואה הדסה עין-כרם, האוניברסיטה העברית ירושלים.
התמחות במסגרת האגף האורתופדי במרכז הרפואי ע"ש שיבא. מנהל המערך האורתופדי במרכז
הרפואי שיבא בשנים 2015-2023.

הנדון: מר למשוב דימיטרי, ת.ז. 307748715
ת.א. 66323-03-22 בבית משפט השלום בכפר סבא.

מוניתי ע"י כבוד השופט אלדד נבו כמומחה רפואי בתחום האורתופדיה לחוות דעתי בענין נכותו
של הנ"ל בגין התאונה מתאריך 15.9.2019.
בדקתי את הנ"ל בתאריך 20.6.2023.
האנמנזה נלקחה מפי הנ"ל.
מידע רפואי נוסף שעמד לרשותי:

1. סיכום יעוץ, מתאריך 15.9.19.
2. סיכומי ביקור, מתאריכים שונים.
3. פענוח בדיקת צילום ע"ש צווארי, מתאריך 26.9.19.
4. הפניה ליעוץ, מתאריך 31.10.19, 28.11.21.
5. הפניה למכון פיזיותרפיה, מתאריך 10.11.19, 6.2.20.
6. הפניה לדימות, מתאריך 23.9.20, 29.3.23.
7. פענוח בדיקת מיפוי עצמות, מתאריך 13.12.20.
8. הפניה למכון לרפואה משלימה, מתאריך 27.1.21, 12.1.23.
9. אישורי מחלה, מתאריכים שונים.
10. סיכום רפואי, מתאריך 6.10.22.
11. תיק רפואי קופ"ח.

בן 36, סמנכ"ל פיתוח.

בתאריך 15.9.19 היה מעורב בתאונת דרכים כנהג ברכב אשר עצר מול רמזור ורכבו נפגע ע"י רכב
מאחור ואח"כ נפגע פעם שניה משום שהרכב הפוגע נפגע אף הוא.
הנ"ל פונה למלר"ד במרכז רפואי וולפסון, שם הלן על חבלת ראש, לחץ באוזניים וכאב בצוואר.
בתום בדיקה שוחרר לביתו.
הנ"ל פנה לטיפול בקופ"ח והלן על כאב בראש ובצוואר. כמו כן הלן על כאב גב.
צילומי ע"ש צווארי שעבר בתאריך 26.9.19 פוענחו כתקינים.

בדיקת מיפוי עצמות שעבר בתאריך 13.12.20 פוענחה כתקינה.
 עקב תחלואת ע"ש טופל הנ"ל באופן שמרני.
 הנ"ל שלל קיומה של תחלואת ע"ש קודם לתאונה הנדונה.
 מעיון בתיעוד הרפואי עולה כי בשנת 2001 פנה לטיפול עקב כאב בגב התחתון, כך גם בשנת 2002.
 בשנת 2003 הלך על כאב בצוואר ובגב התחתון.

תלונות החולה

1. הינו סובל מכאב בצוואר.
2. מתקשה להחזיק טלפון בין הכתף לראש.
3. במבט לצדדים מסתובב עם כל הגוף.
4. התחלואה בצוואר מפריעה בעבודה.

בדיקה גופנית

עמוד שדרה צווארי – ללא עקמת או ספזם שרירים פאראורטברליים.
 טווח תנועה - יישור - 60 מעלות.
 כיפוף - מגיע עם הסנטר לסטרנום.
 פניה - 60 מעלות, לימין ולשמאל.
 הטיה - 30 מעלות, לימין ולשמאל.
 כח גס, תחושה והחזרים שווים ותקינים מימין ומשמאל.
 צילומי ע"ש צווארי מתאריך 26.9.19 – יישור הלורדוזיס הצווארי, שינויים ניווניים קלים.
 בדיקת מיפוי עצמות מתאריך 13.12.20 – תקינה.
 ע"ש גבי / מתני - ללא עקמת או ספזם שרירים פאראורטברליים.
 טווח תנועה - יישור - 30 מעלות.
 כיפוף - מלא.
 פניה - 80 מעלות, לימין ולשמאל.
 הטיה - 30 מעלות, לימין ולשמאל.
 מבחן S.L.R – שלילי, מימין ומשמאל.

דיון ומסקנות

בן 36,
 בתאריך 15.9.19 היה מעורב בתאונת דרכים, לאחריה הלך על תחלואת ע"ש צווארי וע"ש גבי /
 מתני בעטיה טופל באופן שמרני.
 תלונותיו כיום פורטו לעיל.
 בבדיקת ע"ש צווארי מודגמת הגבלה קלה בטווח התנועות בפניה לימין ולשמאל, בהטיה לימין
 ולשמאל, מלבד זאת הבדיקה תקינה.
 בדיקת ע"ש גבי / מתני הינה תקינה.
 אובדן כושר עבודה מלא וזמני למשך חודש הינו פרק זמן סביר.
 לא צפוי שינוי במצבו בגין הפגיעה בע"ש בתאונה הנדונה.
 באם יידרשו לנ"ל טיפולים בעתיד, הרי שאלו מצויים בסל הבריאות.

לאור האמור לעיל ועל סמך קובץ התקנות 2533 של המוסד לבטוח לאומי, הנני מעריך את דרגת נכותו של הנ"ל בגין הפגיעה בע"ש צווארי בתאונה הנדונה בשיעור 6.5% לפי סעיף 37(5)א', חלקי.

חוות דעת זו נתנה על-ידי לשם הגשתה כראיה בבית-המשפט, וידוע לי כי לפי הוראת החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית-המשפט, שחוות דעתי זאת, כשהיא חתומה על-ידי, כמוה כעדות בשבועה בבית-המשפט.

בכבוד רב

ד"ר לוינקופף משה

כירורג אורתופד מומחה

מ.ר. 19044

מ.ר.מ. 12443