

TEREM Petach Tikva 182 Rothschild ST  
phone no: 1599-520-520



רנטגן: 182 פתח תקוה  
טל: 1599-520-520

#תיק 192604

246259

#ביקור

14/11/2023

תאריך

16:59

שעה

|     |                                       |                                        |          |         |       |
|-----|---------------------------------------|----------------------------------------|----------|---------|-------|
| חדר | קופ"ח כללית<br>רופא חפנה/הקבוע<br>ללא | שם<br>אליאור כהן                       | RR       | %SaO2   | T/חום |
|     |                                       | תז 026556589 מין ז גיל 37 שנים 5 חדשים |          | 97%     |       |
|     |                                       | כתובת: לנרא חיים 16 בני ברק            | לח"ר B/P | דופק/P  |       |
|     |                                       | נייד 0522209027 טל בית                 | 120/65   | 55 סדיר |       |
|     | אחר כאבי גב וצוואר<br>לאחר תאונה      |                                        |          |         |       |

IC 621844 28/10/17 Pain in joint,  
nonspecific  
IC 569397 10/05/17 Traffic  
Accident, XR  
IC 288566 15/11/14 Otitis media  
IC 154882 04/05/13 Contusion of  
ankle, XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

UBP PAP

מטריאג

17:01:31  
טליה חדר

Allergies: NONE

In TEREM: Paracetamol  
PO as tablet 1000

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

אבחנה והמלצות שחרור

הביתה ומעקב בקופ"ח

לביד חולים

מני באמבולנס

הפנה לרוממה

במקרה של החמרה  
יש לחזור !!

אני מאשר שמספרי הטלפון אי-מיל  
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי  
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך  
זכויותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין  
לעיל אכן רשאי בקופה

חתימת חולה:

חתימת והחזמת רופא



1-160125  
לרופא אליאור כהן

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

מסמך זה מכיל

ע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

רשת מרכזים לרפואה דחופה  
תאריך: 14/11/2023 16:59  
Emergency Medical Centers



שם המטופל אליאור כהן

לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

**www.teremi.com**

יש להזין את הנתונים הבאים:

עמוד שדרה גבי

**246 259**

מספר ביקור

**192604**

מספר תיק

**\*\*\*\*\*589**

ת.ז.

**פתח תקוה**

סניף



הקפד לשמור דף זה.  
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.  
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות  
בצילומים / אולטראסאונד ובתוצאות בדיקות



\*קיימת אפשרות להגדיל, לשנות בהירות, לסובב וכד' את  
הצילומים בזמן צפייה

**נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת**  
**מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית**



**זמינות מיידית!**

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש  
[www.terem.com](http://www.terem.com) 1599-520-520



לכבוד אליאור כהן: TO:

תז ID#: 026556589 מס' תיק Patient #: 192604 מס' ביקור: 246259  
לנדאו חיים 16 בני ברק

תאריך רישום: 14/11/2023 Date of Payment:

Invoice #:  
97048:om

העתק # 1

מספר עוסק מורשה:  
1  
מס ע"מ לצורך דוח מעמ  
1

Receipt of Payment  
חשבונית מס קבלה

Description: תיאור: ביקור רגיל

מזומן..... 96 ש"ח

|            |           |               |
|------------|-----------|---------------|
| Subtotal : | 82.05 ש"ח | סהכ לפני מעמ: |
| VAT :      | 13.95 ש"ח | מע"מ          |
| Total :    | 96.00 ש"ח | סהכ כולל מעמ: |

מספר שובר:  
14/11/2023: הונפק בתאריך:

**טופס חופש מחלה**

14/11/2023

תאריך ביקור

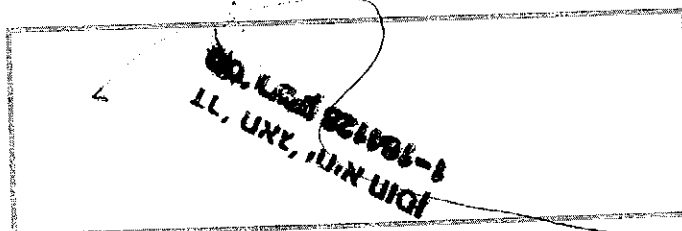
אליאור כהן

שם

026556589

תז

**ימי חופש מחלה 5**



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ת חוסן חאג יחיא ח

רשיון 164125

**האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל**

רוטשילד 182. פתח תקוה טל: 1599-520-520

רשת מרכזים לרפואה דחופה  
Emergency Medical Centers

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!  
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520  
www.terem.com

|               |                    |                                |                      |                                          |
|---------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------------------|
| תלונה:<br>אחר | תיק מס':<br>192604 | Discharge Chart    גליון שחרור | ביקור מס':<br>246259 | תאריך ביקור<br>Date:<br>16:59 14/11/2023 |
|---------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------------------|

**במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!**

|                                               |                                                 |                                                        |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>דר. חוסן חאג יחיא ח | Name: <b>אליאור כהן</b><br>ID: <b>026556589</b> | תודה רבה לללא על הפנייה זו ל-טרם<br>קופה: <b>כללית</b> |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

### סיכום הביקור:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Contact Info                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | פרטי קשר |
| טל נייד: 0522209027 אימייל: אין                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
| Diagnosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | אבחנה    |
| <b>Whiplash, Back pain</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |
| Pulse: 55, TempC: 36 , O2sat: 97, BP: 120/65 (other vitals may be on scanned chart)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |
| Date Of Birth: 27/06/1986 Age: 37 years 5 months                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |
| Injury/Pain Exam:<br><b>SPINE</b> : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline T-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence |          |
| הסטוריה / אנמנזה רפואית:<br>בן 37<br>היה מעורב בתאונת דרכים<br>היום סביב שעה 16:00 בזמן נהיגה לאחר שעצר ברמזור משהיא נכנסה בו מאחורה.<br>היה עם חגורת בטיחות, לא נפתחו כריות אוויר<br>ללא חבלה בראש או במקום אחר.                                                                                                                                                                     |          |
| מאז התאונה מרגיש כאבים בצוואר וגב עליון<br>כאבים מחמירים בתזוזה<br>===                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| בדיקה גופנית:<br>במצב כללי טוב, אינו במצוקה כללית או נשמתית.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
| GCS 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
| מתמצא בזמן ומקום, כח גס ותחושה שמורים דו"צ, קרניאלים שמורים, צרברליים שמורים                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
| גב:<br>ללא סימן חבלה<br>רגישות קלה מעל חוליות בע"ש גבי (T5-T7), ללא רגישות ב"ש צווארי<br>כאבים מופקים בשינוי תנוחה.                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |
| בטן רכה, לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי, נייע תקין<br>כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים.<br>===                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |
| מהלך ודיון:<br>תשובת רנטגנולוג:<br>עמוד שדרה גבי <<<<                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,  
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

---

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



שיטתית 6 תל אביב-יפו 6948206  
טל: 03-6482333, 052-7228777  
פקס: 03-6482377  
דוא"ל: info@medixlife.co.il  
אתר אינטרנט: www.medixlife.co.il

513736330  
26/11/2023

ח.פ.  
תאריך

מקור

No.

96132

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

שם: כהן אליאור

כתובת: בן צבי יצחק 28 פתח תקוה 4937567

ת.ז.: 26556589

טל: 0522209027

## סיכום תשלום

| מזומן | נתקבל במזומן | ת.פרעון    | פרטים | סכום   | אמצעי תשלום |
|-------|--------------|------------|-------|--------|-------------|
|       |              | 26/11/2023 |       | 100.00 |             |

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 85.47  | סה"כ ש"ח ללא מע"מ  |
| 14.53  | מע"מ 17.00 %       |
| 100.00 | סה"כ ש"ח כולל מע"מ |

עבור טיפול פיזיותרפיה

רופא/מטפל: דוד קארס

חתימה:

# OFEK MEDICAL

תאריך: 16/11/2023

ד"ר בין אברהם  
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט  
מ.ר. 18667  
הברזל 24, קומה 2 רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

שם: כהן-אליאור מ.ת.ז: 2655658/9 נייד: 052-2209027

25/05/20:

הנל לאחר ריצה ארוכה הופיעה נפיחות בברך ימין וכאבים מתקשה בהליכה  
לנל הגבלה בתנועה רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי נוזל בברך  
מבקש

1 MRI לברך ימין בשאלה שלקוע במניסקוס פנימי או אחר

2 פזיותרפיה

3 ARCOXIA90MGX1 ליום לשבועיים .

04/06/2020

לנל סימנים ברורים של קרע במניסקוס פנימי לצערי הרב US אינה בדיקה מתאימה לבזק מניסקיאלית או כל נזק תוך  
מיפרקי הכאבים החלו לאחר מאמץ פיזי

מבקש לשקול בשנית MRI לברך ימין בשאלה של קרע במניסקוס הפנימי .

25/06/20:

MRI קרע במניסקוס פנימי כאבים חזקים הכאבים בעקר בלילה

מומלץ ארטרוסקופיה

מבקש סד אלקטרוליטים סוכר אוראה PT PTT .

16/11/2023

הנל עבר תאונת דרכים בזמן העבודה לדבריו ב14.11.2023 כאבים בעש צוארי וטוראקלי  
הגבלה בתנועה ללא חסר נאורולוגי

מבקש

1 CT לעש צוארי וטוראקלי מצב עש

2 פזיותרפיה דחופה

3 ETOPAN400MGX2 ליום לשבועיים ימים אחרי אוכל

ד"ר בין אברהם  
אורתופד מומחה  
מ.ר. 11908

בברכה:  
ד"ר בין אברהם

אורתופד מומחה

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ  
NORMED LTD.

## מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 23/11/2023  
מספר ביקור: 3883276  
שם הבדיקה: CT ע"ש צווארי  
תאריך פענוח: 26/11/2023

שם הנבדק/ת: כהן אליאור  
ת.ז. נבדק/ת: 026556589  
תאריך לידה: 27/06/1986

לכבוד:  
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד  
קופ"ח כללית

### פרטים קליניים:

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה צווארי במכשיר ICT מתקדם, מגובה C1 עד D1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השנואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

### ממצאים:

שחזורים מולטי פלנריים: עמדה לורדוטית תקינה של עמוד השדרה הצווארי.

המבנה הגרמי והמפרקי הודגם בצורה תקינה.

אברי הצוואר המודגמים תקינים, במגבלות העדר הזרקת יוד.

### סריקה C1-C2:

המבנים הגרמיים כולל הקשתות הקדמית והאחורית של האטלס והשן של החוליה צווארית השניה (אקסיס) תקינים ולרבות המסות הלטרליות עם המפרקים ביניהן.

### סריקה C2-C3:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

### סריקה C3-C4:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

### סריקה C4-C5:

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ  
NORMED LTD.

**סריקה C5-C6:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סריקה C6-C7:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סריקה C7-D1:**

אין עדות לבקע.  
התעלה העצבית ברוחב תקין.  
המפרקים האונקו וורטברליים תקינים.  
אין הצרות פורמינלית.

**סיכום:**

ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חוליניים משמעותיים ואף מסכני חיים.  
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.  
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.  
\*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד  
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת  
ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330  
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589  
מסמך זה נחתם אלקטרונית



## מכון ה- CT דו"ח פענוח בדיקה

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| שם הנבדק/ת: כהן אליאור | תאריך בדיקה: 23/11/2023 |
| ת.ז. נבדק/ת: 026556589 | מספר ביקור: 3884431     |
| תאריך לידה: 27/06/1986 | שם הבדיקה: CT ע"ש גבי   |
|                        | תאריך פענוח: 26/11/2023 |

לכבוד:  
הרופא המטפל: ד"ר ריאן ג'יהאד  
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: כאב גב תורקלי וצווארי לאחר חבלה.

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה גבי במכשיר ICT מתקדם, מגובה D1 עד L1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:  
שחזורים מולטי פלנריים: בצילום הצדדי הודגמו גופי החוליות והמרווחים שביניהם שמורים ללא סטייה.

המרקם הגרמי אחיד.  
ללא ממצא גרמי מוקדי הרסני.  
ללא שברי דחיסה.  
ללא בקע דיסק או היצרות ספיגלית.

בהדגמה מוגבלת של אברי החזה המודגמים בסריקה:  
שתי קשריות ריאתיות קטנות ב-RLL.

סיכום:  
ללא ממצא חבלתי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.  
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.  
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה.  
\*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד  
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת  
דר' י. אמיתי מ.ר. 99330  
מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607

כהן אליאור 026556589  
מסמך זה נחתם אלקטרונית



17926

## שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה

מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור

גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

## אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 304317926

רופא מטפל : 26592 ריאן גיהאד

המבוטח : 9-0002655658 כהן אליאור

רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

| קוד   |   | קוד               |       |
|-------|---|-------------------|-------|
| שירות |   | תאור הטיפול/בדיקה |       |
| 1     | 1 | C.T               | 78073 |
| 1     | 1 | לנבדק             |       |

תאריך זימון : 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך : 21/05/24

לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות 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 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 בש"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.

בשעה \_\_\_\_\_:

הוזמן תור לתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

טו-17



17925

## שירותי בריאות כללית



26556589

עותק שנשלח בדואר

חסוי/אישי

תאריך: 21/11/23

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה  
מרפאה מנפקת : 5378 מרפאת בלפור  
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : מרכז רפואי רמת אביב נור-מ לקביעת תור : 003-6401234

אישור לטיפולים אמבולטוריים  
מס': 304317925

רופא מטפל : 26592 ריאן גיהאד

המבוטח : 9-0002655658 כהן אליאור  
רופא מפנה : 26592 ריאן גיהאד  
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא  
הפניה לצורך :

| קוד שירות | תאור הטיפול/בדיקה | קוד שירות | שירות ספק |
|-----------|-------------------|-----------|-----------|
| 78073     | C.T לנבדק         | 1         | 1         |

תאריך זימון: 21/11/23 האישור בתוקף עד לתאריך: 21/05/24

## לימור רותם

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 113638  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות 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 מבטוח 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 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.

בשעה \_\_\_\_\_:

הוזמן תור לתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ט"ו-17

# שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקווה

מרפאה: 5378 מרפאת בלפור

מרפאת בלפור פתח תקווה 03-7471700

תאריך: 21/11/23

שעה : 09:06

אישור: 00113638 / 1

מקור

מספר תיק: 9906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002655658 כהן אליאור

פירוט גביה:

| קוד    | תאור שירות                                    | תאריך ביקור  | לתשלום |
|--------|-----------------------------------------------|--------------|--------|
| 2      | אמבולטורי מכון פרטי                           | 21/11/23     | 0      |
| מכון:  | 7893-מרכז רפואי רמת אביב נור-מ                |              |        |
| שירות: | 78073 CT טומוגרפיה ממוחשב למעט בדיקות להן קוד | קבוצה: 7     | הדמיה  |
|        |                                               | סה"כ לטופס : | 0      |

0

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 40595 - 8 לימיר רותם

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו

לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות



שם הרופא: ד"ר גיהאד ריאן  
תחום: מומחה ברפואת משפחה וילדים  
כתובת: רוטשילד, 119  
מרפאה: בלפור - פתח תקוה  
מספר רשיון: 26592  
טלפון: 03-7471700  
פקס: 03-9395401  
מחוז: דן-פ"ת

תאריך: 16/11/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |            |            |             |             |            |           |   |
|--------------|-----------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | כחן אליאור | מס זיהוי:  | 00026556589 | גיל:        | 37.04      | מין:      | ז |
| ת.לידה:      | 27/06/1986      | ישוב:      | פתח תקוה   | רחוב:       | בן צבי יצחק | טלפון מסך: | 3-6187849 |   |
| מס בית:      | 28 / 14         | טלפון:     | 52-2209027 |             |             |            |           |   |

מספר הפניה: 35378018534

גורם שולח



5378

מספר הפניה



035378018534

תז נבדק



26556589

רשיון רופא



026592

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                         | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול | 80015       |

אבחנה משוערת

WHIPLASH INJURY

תלונות / סיבת הפניה במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור - היה בטרם, נשללו שברים גרמיים, סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר.

סימנים חיוניים:

גובה 182 16/08/2022 משקל 79 16/08/2022 bmi 23.85  
לחץ דם 132 / 70 06/02/2023  
דופק 77 06/02/2023

31/05/2022 מתאריך 115.58 eGFR

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | א.פיון | בעיה                         |
|------------|--------|------------------------------|
| 08/05/2017 |        | CONTUSION KNEE AND LOWER LEG |
| 28/06/2018 |        | ROAD ACCIDENT                |
| 29/06/2021 |        | MEDIAL MENISCUS TEAR         |
| 27/06/2021 |        | MENISCECTOMY                 |

תולדות עבר

| מ.סיים     | מ.גילוי    | א.פיון | בעיה              |
|------------|------------|--------|-------------------|
| 01/04/2001 | 01/04/2001 |        | OBESITY (BMI >30) |

ממצאים קליניים

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

26592

ד"ר גיהאד ריאן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7.ה.ר.0

הפניה למכון פיזיותרפיה

כחן אליאור

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1

16/11/2023

הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן

00026556589

תאריך: 19/11/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: כהן אליאור  
ת.לידה: 27/06/1986  
מס בית: 28 / 14  
מס זהות: 00026556589  
גיל: 37.05 מין: ז  
רחוב: בן צבי יצחק  
טלפון נוסף: 3-6187849  
ישוב: פתח תקוה  
טלפון: 52-2209027

תאריך תאונה: 14/11/2023

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35378018572

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5378



035378018572



26556589



026592

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.

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב                     | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| 78073     | L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי |             | 10304010    |
| 78073     | L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה גבי   |             | 10304015    |

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2023:

במצב לאחר תאונת דרכים בדרך הביתה מהעבודה -רכב נכנס ברכבו מאחור -  
היה בטרם , נשללו שברים גרמיים , סובל מכאבי גב תחתון כאבים בצוואר .  
19/11/2023

נבדק ע"י אורטופד - ממליץ על ביצוע CT ע"ש צווארי וגבי עקב סימני רדיקולופתיה

|                |          |                    |                    |      |    |                    |     |       |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|------|----|--------------------|-----|-------|
| סימנים חיוניים | גובה     | 182                | נמדד ב: 16/08/2022 | משקל | 79 | נמדד ב: 16/08/2022 | BMI | 23.85 |
| לחץ דם         | 132 / 70 | נמדד ב: 06/02/2023 |                    |      |    |                    |     |       |
| דופק           | 77       | נמדד ב: 06/02/2023 |                    |      |    |                    |     |       |

31/05/2022 מתאריך: 115.58 eGFR

ממצאים עיקריים ממצאים מתאריך 16/11/2023:

רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות  
19/11/2023

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY               |
| L03  |        | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב 16/11/2023:  
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב  
19/11/2023

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                         |
|------------|--------|------------------------------|
| 08/05/2017 |        | CONTUSION KNEE AND LOWER LEG |

הפניה לדימות

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

19/11/2023

הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן

00026556589

כהן אליאור

|            |        |                      |
|------------|--------|----------------------|
| מגילוי     | איפיון | בעיה                 |
| 28/06/2018 |        | ROAD ACCIDENT        |
| 29/06/2021 |        | MEDIAL MENISCUS TEAR |
| 27/06/2021 |        | MENISCECTOMY         |

תולדות עבר

|            |            |        |                   |
|------------|------------|--------|-------------------|
| מסיום      | מגילוי     | איפיון | בעיה              |
| 01/04/2001 | 01/04/2001 |        | OBESITY (BMI >30) |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|                                                                                                                                                                                                           |            |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| ד"ר גיהאד ריאן                                                                                                                                                                                            | 26592      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא                                                                                                                                                                                                  | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |
| <p>בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.</p> <p>פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית</p> |            |                    |

הפניה לדימות

דף 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

כהן אליאור

19/11/2023

הודפס ע"י ד"ר גיהאד ריאן

00026556589

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה  
 תאריך: 16/11/2023

|              |                 |            |             |             |             |       |      |   |
|--------------|-----------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------|------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | כהן אליאור | מס זהות:    | 00026556589 | גיל:        | 37.04 | מין: | ז |
| ת.לידה:      | 27/06/1986      | ישוב:      | פתח תקוה    | רחוב:       | בן צבי יצחק |       |      |   |
| מס בית:      | 28 / 14         | טלפון:     | 52- 2209027 | טלפון נוסף: | 3- 6187849  |       |      |   |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה  
 שם המעביד וכתובתו: צמפיון מוטורס - בני ברק  
 תאור התאונה: במהלך נסיעה הביתה מהעבודה רכב אחר נכנס ברכבו מאחורה ונפגע  
 היכן קיבל טיפול קודם: טרם  
 הממצאים הקליניים: רגישות מעל ע"ש צווארי גבי ומתני הגבלה בתנועות  
 אבחנות

| קוד  | אופיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY               |
| L03  |        | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |        |      |        |
|-----------------|-------------------|--------|------|--------|
| מיום 14/11/2023 | עד יום 19/11/2023 | (בכלל) | סה"כ | 6 ימים |
| 16/11/2023      | 16/11/2023        |        |      |        |

תאריך מתן התעודה  
 בלפור - פתח תקוה

ד"ר גיהאד ריאן \*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו  
 תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

עמוד 1 מתוך 2

|                        |      |     |
|------------------------|------|-----|
| תאריך קבלת הטופס בקופה |      |     |
| שנה                    | חודש | יום |
|                        |      |     |

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

**1 פרטי המעסיק**

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד: צמחין מילאריס סג"ר

מספר תיק ניכויים: 939590303

טלפון קווי:  

טלפון פקס:  

רחוב / תא דואר: רחוב / תא דואר

מס' בית: 9

ישוב: כפר ברק

מיקוד: 5120016

לכבוד קופת חולים / בית חולים: הח' 9

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עבד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

**2 פרטי התובע**

שם משפחה: מזרחי

שם פרטי: אליהו

מספר זהות / דרכון: 026556589

מין: ☒ זכר ☐ נקבה

רחוב / תא דואר: רחוב / תא דואר

מס' בית: 28

כניסה: 14

דירה: 14

ישוב: כפר ברק

מיקוד: 4937567

טלפון קווי:  

טלפון נייד:  

**3 פרטי התאונה**

נפגע בתאריך: 11/11/11

שנה: 11

חודש: 11

יום: 11

בשעה: 11:11

כאשר עבד ב: צמחין מילאריס סג"ר

הזמן:  

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: הספא 4

תיאור התאונה: הנפגע נפל מרובה קומות

**4 למילוי ע"י המוסד הרפואי**

האיבר שנפגע: רגל ימנית, כף יד ימנית

שם המאשר ותפקידו: ד"ר אבינועם

תאריך: 20/11/13

חתימה וחוקמת המוסד:  

הנפגע חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים ☐

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):  

צמחין מילאריס סג"ר  
CHAMION CAR LP

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 2

| תאריך קבלת הטופס בקופה |      |     |
|------------------------|------|-----|
| שנה                    | חודש | יום |
|                        |      |     |

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

| פרטי המעסיק                                                                                                                                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד                                                                                                                               | 939590303 מספר תיק ניכיים |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                              | מיקוד                     |
| מס' בית                                                                                                                                                     | טלפון קווי                |
| ה/ח' 9                                                                                                                                                      | טלפון פקס                 |
| לכבוד קופת חולים / בית חולים                                                                                                                                |                           |
| נא להגיש עזרה רפואית ל: <input checked="" type="checkbox"/> שבו <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> שבו זר <input type="checkbox"/> אחר |                           |

| פרטי התובע        |                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| שם משפחה          | שם פרטי                                                               |
| מ/ן               | מין                                                                   |
| כתובת             | זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| רחוב / תא דואר    | מס' בית                                                               |
| ק/ן 3             | כניסה                                                                 |
| טלפון קווי        | דירה                                                                  |
|                   | טלפון נייד                                                            |
| מספר זהות / דרכון |                                                                       |
| מיקוד             |                                                                       |
| ישוב              |                                                                       |
| מס' בית           |                                                                       |
| כניסה             |                                                                       |
| דירה              |                                                                       |
| טלפון נייד        |                                                                       |

| פרטי התאונה        |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| נפגע בתאריך        | בשעה                                                                                                                                                                                     |
| שנה                | חודש                                                                                                                                                                                     |
| יום                | כאשר עבד ב                                                                                                                                                                               |
| מקום התאונה        | במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input checked="" type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר |
| כתובת מקום התאונה  | כתובת מקום התאונה                                                                                                                                                                        |
| תאור התאונה        | האירוע                                                                                                                                                                                   |
| האירוע שנפגע       |                                                                                                                                                                                          |
| שם המאשר ותפקידו   |                                                                                                                                                                                          |
| תאריך              |                                                                                                                                                                                          |
| חתימה וחומת המעסיק |                                                                                                                                                                                          |

| למילוי ע"י המוסד הרפואי                                   |                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| הנפגע חבר בקופת חולים <input checked="" type="checkbox"/> | הנפגע אינו חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> |
| מהות התאונה (אבחנות רפואיות):                             |                                                     |
| מס' 1                                                     | מס' 2                                               |
| מס' 3                                                     | מס' 4                                               |

צ'מפיון קאר ע.מ.  
CHAMPION CAR LP

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתים שמורים  
חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023

## WHIPLASH INJURY MSK PAIN

המלצות:  
משככי כאבים  
מעקב אורטופד  
בכל החמרה לפנות לעזרה רפואית  
יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Tests done (results scanned on actual chart)

### צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה גבי <<<

פענוח רדיולוג: לא הודגם שבר מבנה גרמי שמור עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתים שמורים  
חתום על ידי דר. ברי הרמן בתאריך 14/11/2023 17:33

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- [www.teremi.com](http://www.teremi.com)  
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

מרשמים שניתנו בסוף הטיפול:

### Prescriptions

\* Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #:10 (Ten) tablet

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

### Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

בבדיקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול.  
הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שייתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו.  
הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנה הקפד למלא אחר הוראות הרופא  
יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות.

במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

כאב בגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעיתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב.  
ניתן להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

יש לחזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מופיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

מעקב עם אורטופד בעוד 3 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. חוסן חאג יחיא ח מ.ר. 164125