



לכבוד
עיריית בת ים
באמצעות דוא"ל
info@bat-yam.muni.il

א.ג.נ שלום רב,

תאונה מיום 5/3/24
הנפגעת: ג'נט ביטון, ת.ז. 077233914

נתבקשתי ע"י מרשתי לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. ביום 5.3.24, עת הלכה ברחוב הרב שאול בר, בסמוך לבניינים מספר 1, נתקלה רגלה של מרשתי במפגע בדמות שקע היוצר בור במדרכה והיא נפלה אפיים ארצה ונחבלה (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב תמונת המפגע ומיקומו, מסומנים "1 - 4".

2. מרשתי אשר הייתה חבולה בראשה, בפניה וביתר חלקי גופה פנתה לקבלת טיפול רפואי במסגרת מרפאת קופת החולים כללית בבת ים, שם אובחנו שטפי דם באף, מתחת לעיניים, פצע פתוח ומדמם בשפה התחתונה וחבלות בגב, בכתפיים ובבית החזה.

3. נוכח חבלותיה וחומרת מצבה הוחלט להפנותה למיון והיא פונתה לקבלת טיפול רפואי בבית החולים וולפסון שבחולון.

4. במיון בית החולים וולפסון הוחלט לאשפזה לצורך השגחה ובירור, שם אבחנו חבלות בגשר העף ובשפה והוחלט להפנותה לביצוע בדיקת הדמיה על מנת לשלול שברים ודימום מוחי.

5. משנשלל החשד לפגיעה מוחית שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, הערכה גריאטרית ומנוחה.

6. בדיקת אולטרא-סאונד שכונה לכתף שמאל הדגימה קרע מלא בגיד הסופראספינטוס ובמסגרת מעקב אורתופדי בקהילה הוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ונוגדות דלקת והמשך מעקב רפואי.

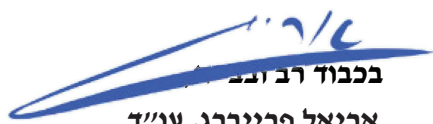
7. נוכח גילה ובשים לב לחבלותיה, כמו גם, הקושי בקבלת תורים נאלצה מרשתי לשאת בהוצאות ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה במסגרת פרטית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "5 – 17".

- 
- 
1. אין ספק כי התאונה נגרמה עקב התרשלום, אשר באה לידי ביטוי במחדלים הבאים:
 2. לא דאגתם להסיר את המפגע.
 3. לא דאגתם לגדר את המפגע.
 4. לא דאגתם להסב את תשומת לב באי המקום בדבר המפגע.
 5. לא עשיתם דבר ו/או לא עשיתם די על מנת למנוע את התאונה.
 6. לא דאגתם לספק לבאי המקום סביבה בטוחה.
 7. נהגתם בחוסר זהירות ובחוסר אכפתיות.
 8. לא נהגתם כפי שמחזיק מקרקעין סביר היה נוהג בנסיבות העניין.
 9. לא נהגתם כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.
 10. הפרתם את חובותיכם החקוקות בסעיפים 235, 249 (29) לפקודת העיריות (נוסח חדש).

8. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות כתף שמאל, מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, מקושי בנשימה וכאב באפה ובעצמות הפנים, היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותזדקק להם גם בעתיד.
9. בשים לב לאופי פגיעותיה, מרשתי נאלצה לשאת בהוצאות לשימוש במוניות והסעות מיוחדות.
10. מחמת התאונה ותוצאותיה התקשתה מרשתי בניהול משק ביתה והיא נזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר.
11. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בניהול הליך וצירוף חוות דעת רפואיות, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובאלי בסך 95,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ
12. נא עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי.



בכבוד רב וב...
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

ה

המנה

רח' הרב בר שאול 1

בייגל טוסט

28

סלטים
בהרכבה עצמית

פטים חים









5

מספר רשיון 112027
טלפון 03-6285500
פקס 03-6805090 / 03-6285510
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מאיה ממיסטרוב
תחום רפואת משפחה
כתובת רוטשילד 29, בת ים
מרפאה רוטשילד - בת ים

תאריך: 05/03/2024 3:30

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ביטון גנט	מס זהות:	00077233914	גיל:	87.00	מין:	ג
ת.לידה:	27/02/1937	ישו:	בת ים	רחוב:	הולצברג שמחה	טלפון נוסף:	52-3423146	
מס בית:	2 / 6	א	טלפון:	52-3423146				

מספר הפניה: 35653021678

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
112027	77233914	035653021678	5653

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY

תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות
היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים.
שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד
בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה -
ללא דימום כעת
ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנט
לציין בבדיקה במרפאתה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בכוורת
קבלה חיסון לטטנוס במרפאה
מופנית למיון

סימנים חיוניים:	גובה	154	13/03/2023	משקל	56	13/03/2023	bmi	23.61
לחץ דם	177 / 75	05/03/2024	סדיר	79	05/03/2024	דופק		

EF (%) 60 עודכן ב 09/06/2020 eGFR 67.9 מתאריך 10/05/2023

סטורציה (%) 97 05/03/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

05/03/2024

הודפס ע"י ד"ר מאיה ממיסטרוב

00077233914

ביטון גנט



6

מספר רשיון 112027
טלפון 03-6285500
פקס 03-6805090 / 03-6285510
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מאיה ממיסטרוב
תחום רפואת משפחה
כתובת רוטשילד 29, בת ים
מרפאה רוטשילד - בת ים

תאריך: 05/03/2024 3:30

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ביטון גנט	מס זהות:	00077233914	גיל:	87.00	מין:	ג
ת.לידה:	27/02/1937	ישו:	בת ים	רחוב:	הולצברג שמחה	טלפון נוסף:	52-3423146	
מס בית:	2 / 6	א	טלפון:	52-3423146				

מספר הפניה: 35653021678

גורם שולח



5653

מספר הפניה



035653021678

תז נבדק



77233914

מספר רשיון



112027

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY

תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות
היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים.
שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד
בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה -
ללא דימום כעת
ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנט
לציין בבדיקה במרפאתה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בכוורת
קבלה חיסון לטטנוס במרפאה
מופנית למיון

סימנים חיוניים: גובה 154 13/03/2023 משקל 56 13/03/2023 bmi 23.61
לחץ דם 177 / 75 05/03/2024
דופק 79 05/03/2024 סדיר

EF (%) 60 עודכן ב 09/06/2020 eGFR 67.9 מתאריך 10/05/2023

סטורציה (%) 97 05/03/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

05/03/2024

הודפס ע"י ד"ר מאיה ממיסטרוב

00077233914

ביטון גנט

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2013		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING
01/02/2014		TINEA CAPITIS
01/02/2014		INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN
01/02/2014		WEAKNESS
24/09/2020		DISTURB.MEMORY/CONCENTRATION
24/09/2020		CONSTIPATION
24/09/2020		CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR
20/08/2020		DIZZINESS AND GIDDINESS
15/11/2020		

no

מידע ישן

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

רגישויות ו/או תופעות לוואי

no

מידע ישן

תרופות קבועות

ת.ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טיפות -		BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%
ביום	1	טבליות	1	BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG
ביום	1	טבליות	1	EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG
ביום	1	טבליות	1	CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF
בחדש	1	טבליות	1	ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150mg
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg
ביום	1	טבליות	1	METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg

נחתם דיגיטלית

112027

ד"ר מאיה ממיסטבלוב

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



20/05/20

283

מיטה מס'



וולפסון. זה בית.

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

חלקה

מיון

מיון : ר"ד מהלכים / מיון טראומה מקרה: 11694098

מ.ז. : 7723391-4 שם: ביטון גנט

אב : משה כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים מיון: נ

סוג : אזרח טל: 052-3423146 ת. לידה: 27.02.1937

קופ"ח : כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן

סיבה : נפילה, חבלה, חתך

ת. קבלה: 05.03.24 18:53

מפעיל: MALIZ



מ.ר. וולפסון

צוות המחלקה לרפואה דחופה מקדם אותך בברכה!

אנו מודעים לחששותיך ומתחייבים לעשות ככל שניתן כדי לסייע לך ולהקל על כאבך. סדר הטיפול במטופלים נקבע ע"פ דחיפות ושיקול הדעת של הצוות.

שירות וולפסון שלי - גישה מהירה למסמכים הרפואיים שלך

תוצאות בדיקות דם | בדיקות דימות | סיכומי ביקור ועוד

הכניסה תתאפשר למי שפרטי הנייד שלו מעודכנים במערכת, לצורך ביצוע תהליך

לכניסה לשירות סרקו את QR קוד או היכנסו לאתר המרכז הרפואי



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408

רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אחיות אחראית: ניס'מוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז.: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: בת ים הולצברג שמחה 6/1 בת ים

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 05/03/2024 שעת קבלה: 18:53 מספר ביקור: 11694098

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 06/03/2024 שעה: 00:00

יעד השחרור: לביתו/ה

אבחנות

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			959.01	HEAD INJURY, UNSPECIFIED

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: נפילה/מעידה

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני

דרך הגעה: מלווה

תלונת החולה בקבלה למיון

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גוט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מחמם: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בת 87

לדבריה מעדה נחבלה בפנים ללא איבוד הכרה, בבדיקתה GCS 15, שפשוף בשפה ונפיחות בגשר אף ללא דמם במצח צוואר ללא רגישות בית חזה ללא חבלה בטן רכה, גפיים ללא חבלה, CT ראש:

תרופות שניתנו במלר"ד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
NORMOPRESAN TAB 150 mcg	Once לד 182/72	20:36 05/03/2024 דבוש ליאור מ.ר. 240549	TAB 150 mcg PO

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 150 mcg	TAB	05/03/2024 20:36	Once Rate from nurse: 0 לד 182/72	NORMOPRESAN TAB 150 mcg
PO				

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	גפה	אופן מתן חמצן	הכרה
23:10 05/03/2024	86	108/64			
19:32 05/03/2024			Rt arm	אוויר חדר	הכרה מלאה

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקות עזר ברכיב

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT ראש	05/03/2024	תאריך הפענוח: 05.03.2024 שעת הפענוח: 23:31:24 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי: התוויה: חבלת ראש. אין בתיק בדיקות קודמות להשוואה. ממצאים: מעבר קרניוצריקלי בגדר הנורמה. חדרים, ציסטרנות וחריצים מתאימים לגיל. צפיפות החומר האפור והלבן תקינה. אין עדות לממצא פוקלי ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה או סטית קו האמצע. איורור תקין של מערות הפנים. המטומה פריאורביטלית מימין. מבני ארובה תקינים ד"צ. מבנה גרמי- חסר גרמי באזור האף משמאל. ללא עדות לשברים. לסיכום: ללא עדות לדימום מוחי או שברים. ----- גרינברג נועה מספר רשיון: 159119

סיכום ודיון

בת 87 התקבלה למיון עקב נפילה חבלת ראש. במיון חולה עברה CT ראש- ללא עדות לשברים או דימום תוך גולגולתי. במצב כללי יציבה. משתחררת הבית.

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך ההדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		05/03/2024 19:32 4	וודאג' מסלה

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: ננט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

דיווח: המטופל ת הודרכה בשלבי הטיפול במלר"ד חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 19:32 05/03/2024	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
עצמת הכאב	0

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל.
נגד כאבים לפי צורך.

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.
3. יש לפנות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה.

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר דוידוב אדוארד מ.ר. 35890	רופא/ה	06/03/2024 00:00

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,
מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

בימים אלו אנו עומדים לצידך ומזמינים אותך
לעקוב אחר עדכונים ושירותים שמתפרסמים באתר וולפסון בסריקת הברקוד



בוולפסון כולנו חזקים יחד.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים

052-7241043

03-5028111



וולפסון שלי

נישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי

- סיכומי ביקור
- תוצאות בדיקות
- פיענוחים



[illegible]

תאריך ביקור: 20/05/2024

תיק מס': 1933735

מקלידה: לילאלי 13:26

גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד:

מ'ין :ב

ר. רופא מפנה: 13022

שם משפחה: ביטון

שם פרטי: גנט

מספר זהות: 077233914

ת. לידה: 27/02/1937

רופא מפנה : לפשיץיצחק מאיר

תוצאות בדיקת U.S (על-קולית) של כתף שמאל

סיבת הפניה – כאבים.

LONG TENDON OF BICEPS TENDON - חבלתה תקינה.

INFRASPINATUS TENDON – הדגמה תקינה.

SUPRASPINATUS TENDON - הודגם קרע מלא באורך 1.0 ס"מ.

SUBSCAPULARIS TENDON - הדגמה תקינה.

SUBACROMIAL BURSA - הדגמה תקינה.

ACROMIOCLAVICULAR JOINT – הדגמה תקינה.

מבנה גרמי – תק"ן.

אין לראות נוזל תוך פירקו.

טכנאי המבצע : אידידיס ואדים.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

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

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

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

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

תאריך: 22/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **ביטון גנט**
ת.לידה: 27/02/1937
מס' בית: 2 / 6 א
מס' זהות: 00077233914
גיל: 87.03 מין: נ
רחוב: **הולצברג שמחה**
טלפון נוסף: 52-3423146

גורם שולח



2981

מספר הפניה



032981018571

32981018571

תז נבדק



77233914

רשיון רופא



013022

לכבוד: פיזיותרפיה
כתף שמאל

שירות שנבחר

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

PAIN SHOULDER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/05/2021

בת 84

מזה תקופה ארוכה כאבים בכתף מימין

ביצעה MRI כתף בשאלה אחרת (בירור ליפומה בשריר הדלטאיד אשר לדבריה

אינו מציק לה כלל) כחלק מהמצאים אובחן קרע SSP מימין

הוסברו לה הממצאים, כאמור לדבריה המסה השפירה אינה מטרידה אותה.

לאור זאת, נתחיל טיפול בנוגדי דלקת ומשככי כאב ופיזיותרפיה.

28/04/2024: כאב בכתף שמאל כחודשיים

22/05/2024:

בא ס כתף שמאל קרע מלא בס 0

לפיזיותרפיה

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS
01/07/2003		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING
01/02/2014		TINEA CAPITIS
01/02/2014		INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN
24/09/2020		WEAKNESS
24/09/2020		CONSTIPATION
20/08/2020		CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR
15/11/2020		DIZZINESS AND GIDDINESS

no

מידע ישן

תולדות עבר

7 ה.ר.0

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

22/05/2024

הודפס ע"י ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

00077233914

ביטון גנט

מ.ס'יום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		טיפות -	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	טבליות	1	ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	יחידות	1	ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<>T 150mg	1	טבליות	1	בחודש
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	טיפות	1	ביום
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	טבליות	1	ביום

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2024
הגבלה בהרמת כתף שמאל כאב לתנועות
22/05/2024

ממצאים קליניים

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

שם הרופא

13022

מספר רשיון

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

חתימה וחותמת הרופא

מרכז רפואי
מחלקת כלינית
13022
03 8005700



עמיר שפר
רפואה סינית לטיפול בכאב ובעיות אורתופדיות
עוסק מורשה: 066022757

עמית 17, חל אביב - יפו
0544280355
amir.sheffer2@gmail.com

06/06/2024

חשבונית מס קבלה מס' 34908

לכבוד: ג'נט ביעון

מקור

סה"כ: 400.00 ₪

תיאור	כמות	מחיר	סה"כ
טיפול ראשון - דיקור סיני (אקופונקטורה)	1	341.88 ₪	341.88 ₪
סה"כ חייב במע"מ:			341.88 ₪
מע"מ: 17.0%			58.12 ₪
סה"כ לתשלום:			400.00 ₪

פרוט תקבולים:

אמצעי תשלום	פירוט	תאריך	סכום
מזומן		06/06/2024	400.00 ₪
		סה"כ:	400.00 ₪

הערות:

תעודות הסמכה לצורכי ביטוח להורדה - לחצו כאן



מסמך ממוחשב

מסמך זה הופק ונחתם דיגיטלית ע"י 14:29 smartbee.co.il



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	ג'נט	077233914	שם האב
שם הולצברג	מס'	6	תעודת זהות	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 8/7/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

מס' רשמי: 62254
מס' רשמי: 62254

י פ ו י כ ח

ג'נט ביטון

אני הח"מ, _____, מס' 077233914, מרחוב _____ שמחה הולצברג 6, בת ים, _____, ת.ז. _____, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת _____ מיום 5/3/24 של 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.

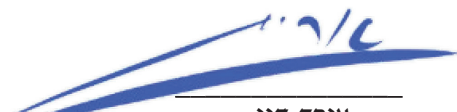
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 8 לחודש 7 שנה 2024

X  חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין