

תאריך חתימת המסמך 1.10.23

- התובעים :**
1. יאיר גוילי, ת"ז 32816985
  2. סימה אזולאי, ת"ז 300598935
- מרחוב גלעד 4, חדרה  
טלפון : 052-6105833

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)  
ו/או יגאל רסקין  
מרח' אבא הלל 7, רמת גן  
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983  
דוא"ל : [frei.ariel@gmail.com](mailto:frei.ariel@gmail.com)

– נ ג ד –

- הנתבעים :**
1. יאיר גוילי, ת"ז 32816985
  2. הפניקס חברה לביטוח בע"מ
- מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים  
טל' : 03-7332202 ; פקס : 03-7337869  
דוא"ל : [PtichotHova@fnx.co.il](mailto:PtichotHova@fnx.co.il)

### כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלת"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

## חלק 2:

### (1) בעלי הדין:

1. התובע 1 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הבעלים ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 21-002-275 (להלן "**הרכב**").
2. התובעת 2 הינה מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הייתה הנוסעת ברכב.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

### (2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה, התקשו ומתקשים התובעים בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקף עבודתם, נזקקים להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

### (3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

8. בתאריך 22.6.22, בסביבות השעה 02:20 או בסמוך לכך, בצומת השרון, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 72-351-72 והתובעים נחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב אישור משטרה ותמונות פגיעת הרכבים, מסומנים "**כנספח 1**".

### התובע 1:

9. לאחר התאונה, טופל התובע בבית החולים הלל יפה, בחדרה, שם אובחנו חבלות בצוואר, בגב, בצלעות והוא אושפז לביצוע בדיקות בחשד לשברים וקרע בטחול. בדיקת הדמיה שללה חשד לחזה אוויר ושברים ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל ע"י אורתופד אשר הפנה אותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וטיפול רפואה משלימה לצד טיפול תרופתי לשיכוך כאב והמלצה להמשך מעקב.
11. בנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות הצוואר והגב החל התובע לחוש בנימול והקרנת הכאבים לגפיים העליונות כמו גם כאבים בברכו והוא המשיך בביצוע טיפולי פיזיותרפיה במטרה לשוב לפעילות.
12. לאחר ביצוע סדרת טיפולים אינטנסיביים נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, עם הקרנת הכאבים לזרוע ועם כאבים והגבלה בתנועות ברך שמאל והוחלט להפנותו להמשך מעקב ולביצוע בדיקות הדמיה.
13. בדיקת MRI שכוונה לברך שמאל שללה נזק מיניסקיאלי והדגימה בצקת לשדית מינימלית ונוזל תוך פרקי. בדיקת EMG הדגימה רדיקלופטיה ועדות לפגיעה בגובה C6-C5 והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי וביצוע טיפולי פיזיותרפיה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, הקרנת הכאבים לגפיים העליונות, מכאבים והגבלה בתנועות ברך שמאל, מקושי בהליכה עמידה וישיבה ממושכות, מקושי בהקלדה והרמת חפצים, מקושי בהרמה, מקושי באחיזת חפצים, מכאבים עזים, מקשיי שינה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע מנהל פרויקטים עם ניסיון עשיר בתכנות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, ריכוז והקלדה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

## **התובעת 2:**

18. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים הלל יפה בחדרה, שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב ושטפי דם מרובים על פלג גופה התחתון, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
19. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופלה התובעת ע"י אורתופד אשר איבחן הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר והיא הופנתה להמשך מעקב, הפניה לקבלת זריקה לשיכוך כאב, מנוחה, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה דחופים ולבישת צווארון רך.

20. בנוסף לכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב החלה התובעת לסבול מכאבי ראש וסחרחורות והומלץ לה על ביצוע טיפולי רפואה משלימה בנוסף לטיפול הפיזיותרפיה והימנעות ממאמץ.

21. נוכח הקרנת הכאבים לגפיים והירדמות כף היד הופנתה לביצוע בדיקת EMG במקביל להמשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב לרבות טיפול באמצעות זריקות שיכוך כאב.

22. התובעת אשר טופלה בין היתר באטופן לשיכוך כאב לקתה בהתקף אלרגיה עם ביטוי קליני של נפיחות בלוע והיא טופלה במסגרת מוקד לטיפול רפואי דחוף.

23. חרף הטיפולים הרבים שעברה ובהיעדר שיפור הוחלט להפנותה לטיפול במסגרת מרפאות כאב, המשך טיפול שיכוך כאב באמצעות זריקות ולבישת צווארון רך.

24. בדיקת EMG שבוצעה לתובעת הדגימה פולירדיקלופתיה צווארית והומלץ לה על המשך מעקב וטיפול כאב ומעקב אורתופדי ונוירולוגי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

25. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש וסחרחורות, מהקרנת הכאבים לגפיים והירדמות זרוע וכף ידה השמאלית, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בהקלדה ובאחיזת חפצים והרמה, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מהתקפי כאב עזים וצורך בקבלת זריקות לשיכוך כאב, קושי בהירדמות, עייפות ושינה כאובה היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

26. התובעת מנהלת מחלקה בחברת יד 2, ובמקביל לתפקיד ניהולי בכפיות להנהלה הבכירה משלבת לימודים אקדמיים, עבודתה ולימודיה כרוכים מעצם טיבם וטבעם בשיבה ממושכת ועבודה מול מחשב ובישיבות, ובעטיה של התאונה על תוצאותיה מתקשה בביצוע עבודתה ובלומדיה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

27. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

28. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, ובדגש על אופי פגיעותיה, נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

29. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

30. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 90,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 8,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 6,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 7,350

ב. נזק כללי:

- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
  - (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
  - (2) עזרת הזולת בעתיד.
  - (3) הוצאות רפואיות, הוצאות פארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
  - (4) הוצאות ניידות בעתיד.
  - (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

31.

32. להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ג. נזק מיוחד:

- (5) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 100,000
- (6) עזרת הזולת בעבר – ₪ 18,000
- (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 9,500
- (8) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 12,500

ד. נזק כללי:

- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
  - (6) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
  - (7) עזרת הזולת בעתיד.
  - (8) הוצאות רפואיות, הוצאות טיפולים רגשיים, הוצאות פארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
  - (9) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
  - (10) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

33. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

34. כל הטענות בכתב תביעה זו נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.



35. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובעים כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



---

**אריאל פרייברג, עו"ד**  
**ב"כ התובעים**



## תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                       | עמוד      |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <u>נספח 1:</u> אישור משטרה ותמונות נזק (עמודים 9 עד 13)        | <u>9</u>  |
| <u>נספח 2:</u> תעודות רפואיות - התובע 1 (עמודים 15 עד 46)      | <u>15</u> |
| <u>נספח 3:</u> תעודות רפואיות - התובעת 2 (עמודים 48 עד 84)     | <u>48</u> |
| <u>נספח 4:</u> בקשה למינוי מומחים - התובע 1 (עמודים 86 עד 86)  | <u>86</u> |
| <u>נספח 5:</u> בקשה למינוי מומחים - התובעת 2 (עמודים 88 עד 88) | <u>88</u> |
| <u>נספח 6:</u> יפוי כח וסר ותצהיר-התובע 1 (עמודים 90 עד 93)    | <u>90</u> |
| <u>נספח 7:</u> יפוי כח וסר ותצהיר התובעת 2 (עמודים 95 עד 98)   | <u>95</u> |



נספח 1 :

אישור משטרה ותמונות נזק

(עמודים 9 עד 13)



## טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

## פרטים כלליים

|                   |               |                                  |       |
|-------------------|---------------|----------------------------------|-------|
| 353563/2022       | מספר תיק פלא  | שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף       | יחידה |
| ת.ד., כללי        | סיווג תיק     | משטרת חדרה כביש 4 הישן חיפה – תא | כתובת |
| א                 | מס' מסמך בתיק | 046327400                        | טלפון |
| 09:19, 31/07/2022 | תאריך         | 046327211                        | פקס   |
|                   |               | bohanim.hadera@police.gov.il     | דואל  |

## לכל המעוניין

1. תאריך  
התאונה:

22/06/2022

בשעה

02:20

2. מקום התאונה:

צומת השרון בכביש בין עירוני

הערות מקום:

## 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

|            |                |             |                    |           |              |
|------------|----------------|-------------|--------------------|-----------|--------------|
| מספר רכב   | 27521002       | סוג רכב     | פרטי נוסעים        | תוצר רכב  | יונדאי קוראה |
| חברת ביטוח | הפניקס הישראלי | מספר פוליסה | 21-096-541-6903525 | סוג לוחית | ישראלית      |

מעורבים ברכב:

| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא      | שנת לידה   | כתובת          | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה |
|-------------|-----------|-------------|------------|----------------|-------------------|--------------|
| נהג         | 32816985  | גיוילי יאיר | 07/07/1978 | עכו, בת שבע 21 | הלל יפה - חדרה    | קלה          |
| נוסע        | 300598935 | אזולאי סימה | 28/12/1986 | חדרה, גלעד 4   | הלל יפה - חדרה    | קלה          |

פרטי הרכב:

|            |         |             |             |           |              |
|------------|---------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| מספר רכב   | 7235172 | סוג רכב     | פרטי נוסעים | תוצר רכב  | ניסאן אנגליה |
| חברת ביטוח |         | מספר פוליסה |             | סוג לוחית | ישראלית      |

מעורבים ברכב:

| שיוך המעורב | ת.ז. | שם מלא    | שנת לידה | כתובת | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה |
|-------------|------|-----------|----------|-------|-------------------|--------------|
| נהג         |      | null null |          |       |                   |              |

## 4. פרטי הולכי רגל:

## 5. כמות נפגעים

כמות נפגעים:

2

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

31/07/2022

## פרטי המטפל בתיק

מ"א

973081

שם משפחה

דהרי

שם פרטי

אביטל

## פרטי השוטר המוסר

973081

אביטל

דהרי

רסב

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

חוקר/בוחן תנועה תאונות דרכים

שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף

תפקיד

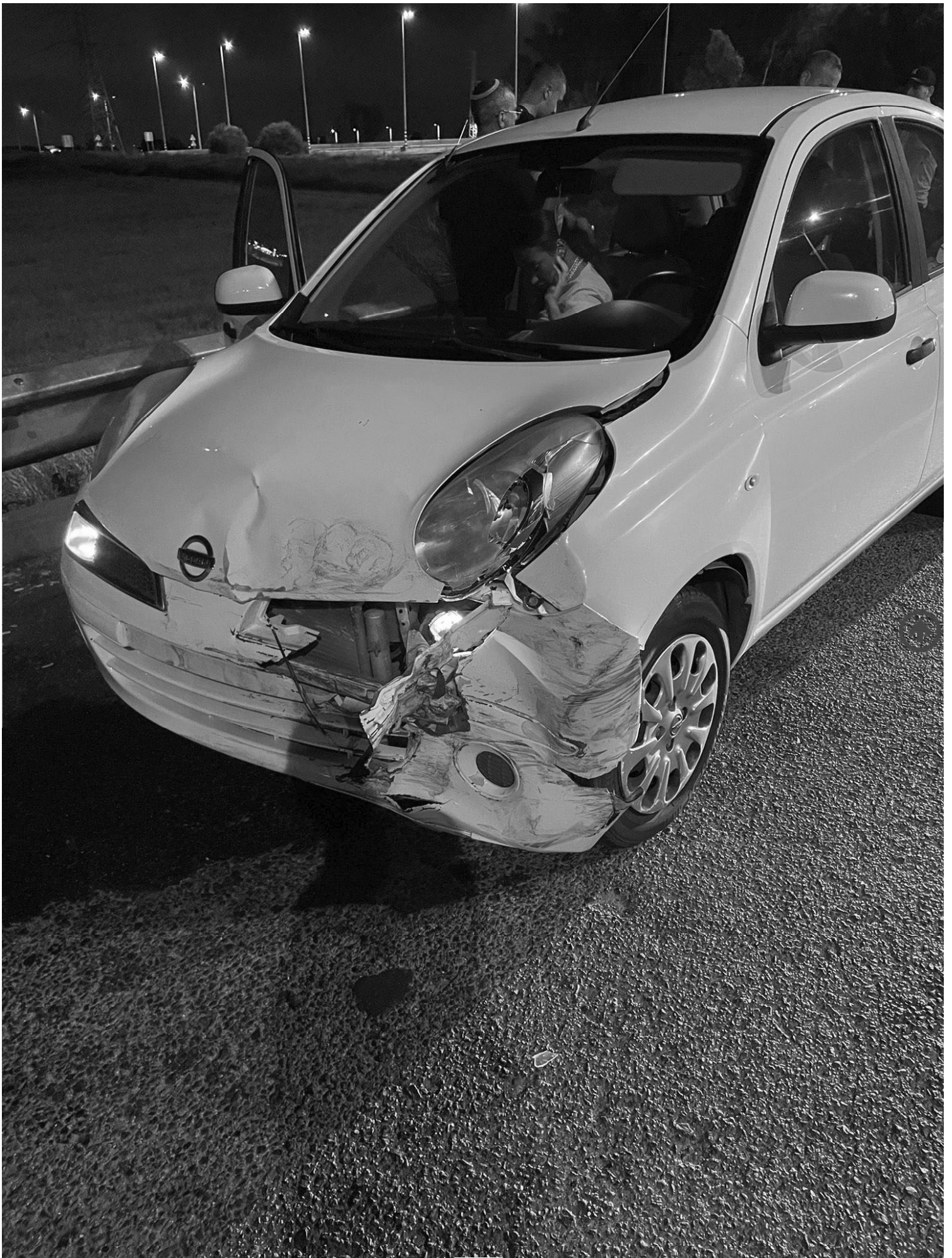
מקום שרות

חתימה

31/07/2022 09:19









נספח 2 :

תעודות רפואיות - התובע 1

(עמודים 15 עד 46)





|                    |                                                       |                                  |
|--------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| מחלקה לרפואה דחופה | מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795 | אח/ות אחראי/ת: מירה לייבל        |
| טלפון: 04-7744304  | פקס: 04-7744283                                       | זמן הפקת תדפיס: 18:05 22/06/2022 |

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11486499

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא או תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראת חוק.  
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

|                                  |                     |                   |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|
| שם משפחה: גיילי                  | שם פרטי: יאיר       | ת. זהות: 32816985 |
| מין: זכר                         | ת. לידה: 07/07/1978 | גיל: 43           |
| כתובת: בת שבע 21 עכו עכו 2461241 | טלפון: 052-2828944  | שם האב: דוד       |
| מצב משפחתי: גרוש/ה               | קופ"ח: קופ"ח מכבי   |                   |

### נתוני ביקור

קבלה למיון: 22/06/2022 שעה: 13:13

### תאריך שחרור

תאריך שחרור: 22/06/2022 שעה: 18:03

יעד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

### אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING DRIVER OF MOTOR VEHICLE OTHER THAN MOT (E819.0)

### תלונה עיקרית

מעורבות בתאונת דרכים מאתמול.

### מחלה נוכחית

בן 43

לדבריו בלילה היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג.  
שולל חבלת ראש או בטן. היה חגור, נפתחו כריות אוויר.  
מלין על כאבים בצלעות משמאל.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

### בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי הכרה מלאה, ללא חיוורון

ראש סימטרי ללא סימני חבלה

בית חזה וריאות קנה מרכזי, ללא סימן חגורה, סימני שיפשוף צלעות משמאל הלטארלי, ללא דפורמציה, רגישות במישוש בצלעות משמאל, חזה עליון משמאל.

בטן ללא סימן חגורה או סימן חבלה אחר. בטן רכה ולא רגישה

נירולוגית ללא חסר נירולוגי GCS 15

יעוצים

רופא מבקש: דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

מועד הבקשה: 22/06/2022 15:07

מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי

תאריך ביקור מתוכנן: 22/06/2022

הגדרת הבעיה: ת דרכים

נרשם ע"י דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

ביום קבלתו, נהג חגור מעורב בתאונת דרכים במנגנון צידי. נפתחו כריות אוויר, לא נשברו חלונות

כעת מלין על כאבים בצוואר, גב תחתון ובצלעות

בבדיקתו: נושא משקל על שתי רגליו מתהלך בתבנית תקינה

מניע צוואר עם כאב בסוף טווחים

ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראוורטברלית צווארית ומוותנית.

מניע 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים

הוסבר למטופל כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבין. משוחרר

כעת מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות:

קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני

משככי כאבים לפי הצורך

ב-החמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

חתימה: \_\_\_\_\_



בדיקות עזר ודימות

| תוצאה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | תאריך      | בדיקה       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| *ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נזל פלאורלי או פריקרידאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים. *ללא עדות לפגיעה חבלתית באיברי הבטן (כבד, טחול, לבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים. * לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן. ממצא נוסף, לא חבלתי: כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד, הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ- HU 53 יתכן המגניאומות. | 22/06/2022 | CT בית החזה |
| *ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נזל פלאורלי או פריקרידאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים. *ללא עדות לפגיעה חבלתית באיברי הבטן (כבד, טחול, לבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים. * לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן. ממצא נוסף, לא חבלתי: כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד, הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ- HU 53 יתכן המגניאומות. | 22/06/2022 | CT בטן/אגן  |

תוצאות מעבדה

| פרופיל               | בדיקה*                                                                 | ערכי ייחוס  | 22/06/22<br>15:38 | 22/06/22<br>15:22 | 22/06/22<br>15:19 |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| המטולוגיה- ספירת דם  | WBC (10e3/uL)                                                          | 4.00-10.00  |                   | 4.50              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | NEUTRO abs (10e3/uL)                                                   | 2.00-7.50   |                   | 2.51              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | NEUTRO% (%)                                                            | 40.0-75.0   |                   | 56.0              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | LYMPHO abs (10e3/uL)                                                   | 1.50-4.00   |                   | <u>1.43</u> ↓     |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | LYMPHO% (%)                                                            | 20.0-45.0   |                   | 31.8              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MONO abs (10e3/uL)                                                     | 0.20-0.80   |                   | 0.46              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MONO% (%)                                                              | 2.0-10.0    |                   | <u>10.3</u> ↑     |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | EOS abs (10e3/uL)                                                      | 0.0-0.4     |                   | 0.1               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | EOS% (%)                                                               | 0.0-6.0     |                   | 1.2               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | BASO abs (10e3/uL)                                                     | 0.00-0.10   |                   | 0.03              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | BASO% (%)                                                              | 0.0-1.0     |                   | 0.7               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | RBC (10e6/uL)                                                          | 4.40-6.10   |                   | 4.72              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | HGB (g/dl)                                                             | 13.2-17.3   |                   | 14.4              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | HCT (%)                                                                | 42.70-52.00 |                   | <u>39.90</u> ↓    |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MCV (fL)                                                               | 80.0-96.0   |                   | 84.6              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MCH (Pg)                                                               | 26.00-32.00 |                   | 30.50             |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MCHC (g/dl)                                                            | 32.0-36.0   |                   | <u>36.1</u> ↑     |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | RDW (%)                                                                | 11.6-14.8   |                   | 12.9              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | NRBC abs (10e3/uL)                                                     |             |                   | 0.005             |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | NRBC (Nucleated red blood cells) / leukocytes % - blood (cells/100WBC) |             |                   | 0.11              |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | Platelet, automated count - blood (10e3/uL)                            | 140-440     |                   | 224               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | PCT                                                                    |             |                   | 0.2               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | MPV (fL)                                                               | 8.3-13.0    |                   | 9.6               |                   |
| המטולוגיה- ספירת דם  | PDW                                                                    |             |                   | 17.60             |                   |
| המטולוגיה- קרישה     | PT,SEC (sec.)                                                          | 8.5-12.5    | 10.7              |                   |                   |
| המטולוגיה- קרישה     | PT-INR-B (Ratio)                                                       | 0.75-1.30   | 0.99              |                   |                   |
| המטולוגיה- קרישה     | PTT-blood (sec.)                                                       | 22.0-32.0   | 23.0              |                   |                   |
| ביוכימיה - כימיה בדם | Glucose-B (mg/dl)                                                      | 70-100      |                   |                   | <u>113</u> ↑      |



| פרופיל                  | בדיקה*                           | ערכי ייחוס      | 22/06/22<br>15:38 | 22/06/22<br>15:22 | 22/06/22<br>15:19 |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | BUN-B (mg/dl)                    | 6.0-20.0        |                   |                   | 11.9              |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Potassium-B (mmol/l)             | 3.60-5.00       |                   |                   | 4.31              |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Sodium-B (mmol/l)                | 135.0-<br>144.0 |                   |                   | 140.0             |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Creatinine-B (mg/dl)             | 0.70-1.20       |                   |                   | 1.05              |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Amylase-B (U/l)                  | 28-100          |                   |                   | 36                |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | LD Lactate dehydrogenase-B (U/l) | 240-480         |                   |                   | 293               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | AST(GOT)-B (U/l)                 | 0-40            |                   |                   | 26                |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | ALT(GPT)-B (U/l)                 | 10-50           |                   |                   | 44                |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Alkaline Phosphatase-B (U/l)     | 40-129          |                   |                   | 66                |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | GGT- Gamma Glutam.Trans.-B (U/l) | 8-61            |                   |                   | 22                |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Protein, total-B (g/dl)          | 6.6-8.7         |                   |                   | 7.5               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Albumin-B (g/dl)                 | 3.5-5.2         |                   |                   | 5.1               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Globulin - blood (g/dl)          | 2.3-3.5         |                   |                   | 2.4               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Albumin/Globulin-B               | 1.20-2.60       |                   |                   | 2.11              |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Bilirubin, total-B (mg/dl)       | 0.30-1.20       |                   |                   | 0.91              |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | CRP (mg/l)                       | 0.0-5.0         |                   |                   | 0.8               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | OSM-cal-B                        |                 |                   |                   | 290               |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Hemolysis Index -B               |                 |                   |                   | NORMAL            |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Lipemic Index-B                  |                 |                   |                   | NORMAL            |
| ביוכימיה - כימיה<br>בדם | Icteric Index-B                  |                 |                   |                   | NORMAL            |

\* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

## ביצוע תרופות סופי

| מינון            | צורת מינון | תאריך ושעה       | תזמון מהוראה              | תרופה                            |    |
|------------------|------------|------------------|---------------------------|----------------------------------|----|
| Drug Dosage: 1 g | INJ        | 22/06/2022 17:47 | Once<br>Rate from nurse:0 | PARACETAMOL 1G INJECTION INJ 1 g | IV |

## סיכום ודיון

בן 43, בריא בדר"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות לתרופות.

פנה למיון עקב כאבים שהופיעו לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים מאתמול. מנגנון צדי, נהג עם חגורה, נפתחו כריות אוויר, לא נשבור שמשות. שולל סיפור של אובן הכרה, ללא בחילות או הקאות.

ללא טשטוש ראייה או סחרחורת. שולל חבלת ראש, כעת מלין על כאבים בבית חזה קדמי משמאל. ללא תלונות נוספות.

בקבלתו לחדר מיון - יציב, ללא סימני מצוקה. מדדים חיוניים תקינים.

במיון נבדק ע"י אורתופד - בבדיקתו נושא משקל על שתי רגליו מתהלך בתבנית תקינה מניע צוואר עם כאב בסוף טווחים ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראורטברלית צווארית ומותנית. מניע 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים. הוסבר למטופל כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבין. שוחרר מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות: קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני -משככי כאבים לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

במיון ביצע CT בית חזה ובטן -  
\*ללא עדות לחזה אוויר, קונטוזיה ריאתית, נוזל פלאורלי או פריקדיאלי. כלי הדם הגדולים של המיצר שמורים.  
\*ללא עדות לפגיעה חבלתית באברי הבטן (כבד, טחול, בלבלב, אדרנלים וכליות). ללא עדות לנוזל חופשי או אוויר חופשי בחלל הבטן והאגן. ללא סימני פגיעה חבלתית בכלי הדם הגדולים.  
\*לא נצפו שברים בשלד הגרמי של בית החזה, הבטן או האגן.  
ממצא נוסף, לא חבלתי:  
כבד מוגדל, משרעתו קראניו-קאודלי עד כ- 21 ס"מ מרמקו שומני דיפוזי. מספר מוקדים היפודנסיים קטנים באונה ימנית של הכבד, הגדול בקוטר כ- 8 מ"מ בסגמנט VIII צפיפותו עד כ- 53 HU יתכן המגניאומות.

במהלך שהותו במיון טופלה עם משככי כאבים, ללא אירועים חריגים. הערכה טרם שחרור, מסתובב חופשי ללא תלונות על קוצר נשימה או סימני מצוקה.

הוסבר למטופל כי לאחר תאונת דרכים השרירים לאורך הגב נתפסים בחוזקה והכאב מחמיר ביום-יומיים שלאחר התאונה. הוסבר מהלך הכאב הצפוי וניתנו המלצות לשיכוך הכאב, הבין.



לסיכום-

כעת, ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה. באישור רופא תורן בכיר א, 'משוחרר לביתה עם ההמלצות הבאות:

#### סטטוס מטופל בשחרור

טוב.

#### המלצות כלליות

המלצה: \* מעקב רופא מטפל בקהילה.  
\*ראה יעוץ אורתופד לעיל.  
\*אנלגטיקה לפי הצורך.  
\*לאור ממצא לא חבלתי ב-CT כמתואר לעיל, מומלץ לבצע סונר כבד בקהילה.  
\*במידה ותהיה החמרה במצב (לרבות כאבים בחזה, קוצר נשימה, בחילות, הקאות או כל תסמין חריף אחר) יש לפנות למיון. כל פניה למיון מחייבת בתשלום או בטופס התחייבות.

החלמה מהירה!

#### רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' שפר דניאל מ.ר. 145160  
רופא: דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078

#### רופאה משחררת

|                           |       |                  |
|---------------------------|-------|------------------|
| שם החותם                  | תפקיד | זמן חתימה        |
| דר' מדלג דועא מ.ר. 165082 | רופא  | 22/06/2022 18:05 |

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.

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון:

04-6305666

פקס:

073-2132406

כתובת:

הלל יפה 13, חדרה



0039070131



122390

קוד הפניה: 277450848

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גילי

שם פרטי: יאיר

ת.ז.: 32816985



0032816985

ת.לידה:

07/07/1978

מין: ז

טלפון:

000000000

טל.עבודה/נייד: 0522828944

מיקוד 2455324

טניס 7/39, עכו

כתובת:

**US איברים**

| קוד  | הבדיקה הדרושה אולטראסאונד |
|------|---------------------------|
| 6705 | בטן עליונה כולל כליות     |

שאלה למבצע הבדיקה: גודל ומרקם הכבד? המנגיומות?

תלונות: בן 43, ג'3.

בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות.

לאחר ת.דרכים ב-21.06.22 עם פציעה במנגנון WHIPLASH.  
נבדק אתמול במיון. לאור חדש לקרע בטחול בוצע CT- נשללה חבלה של איברי הבטן.  
לציין ממצא מקרי של כבד מוגדל עם ממצאים היפודנסיים, ככה"נ המנגיומות.  
שוחרר עם המשך טיפול באנלגטיקה.  
עדיין כאוב.

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- ROAD ACCIDENT



מעש/ת: לא

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

**הוראות הכנה לבדיקה:**

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

תאריך: 23/06/2022

מ.ר גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות  
העתק טופס  
13/09/2023



0039070131



122390

קוד הפניה: 277450848

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

|                       |                |                  |                           |
|-----------------------|----------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 |                  |                           |

US איברים

| קוד  | הבדיקה הדרושה אולטראסאונד |
|------|---------------------------|
| 6705 | בטן עליונה כולל כליות     |

שאלה למבצע הבדיקה: גודל ומרקם הכבד? המנגיומות?

תלונות: בן 43, ג+3.

בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידועה רגישות.

לאחר ת.דרכים ב-21.06.22 עם פציעה במנגנון WHIPLASH.  
נבדק אתמול במיון. לאור חדש לקרע בטחול בוצע CT- נשללה חבלה של איברי הבטן.  
לציין ממצא מקרי של כבד מוגדל עם ממצאים היפודנסיים, ככה"נ המנגיומות.  
שוחרר עם המשך טיפול באנלגטיקה.  
עדיין כאוב.

- WHIPLASH INJURY
- ROAD ACCIDENT

אבחנה:



מעש/ת: לא

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

תאריך: 28/07/2022

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



028856

קוד הפניה: 282764181

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

|                       |                 |                  |                           |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גנילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז          | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324  |                  |                           |

### מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: להתקשר ל-3555 לצורך קביעת תור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

28/07/2022

תאריך

ד"ר כריני פריד  
Dr. Karayanni  
מ.ר. גורם מפנה  
028856  
מחלקת אורתופדיה  
מחלקת אורתופדיה  
מחלקת אורתופדיה

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



028856

קוד הפניה: 282764747

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

| פרטי הנבדק: |  | שם משפחה: גילי        |  | שם פרטי: יאיר     |  | ת.ז.: 32816985            |  |
|-------------|--|-----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
|             |  | ת.לידה: 07/07/1978    |  | מ.י.נ: ז          |  | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |  |
| 0032816985  |  | כתובת: טניס 7/39, עכו |  | טלפון: 0000000000 |  | מיקוד 2455324             |  |

**מרפאת מכבי טבעי**

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

**שם המכון:**

רפואה אלטרנטיבית(רפואה משלימה)

**סיבת הפנייה:**

לדבריו ב22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

**ממצאים:**צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN



מעשית: לא

**מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול**

28/07/2022

תאריך

ד"ר כריני פריד  
Dr. Karavani Farid  
282764747  
26678  
חתימה וחזותמת הרופא

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023



קוד הפניה: 282764747

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
|-----------------------|----------------|------------------|---------------------------|
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 |                  |                           |

**מרפאת מכבי טבעי**

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

שם המכון:

רפואה אלטרנטיבית(רפואה משלימה)

סיבת הפנייה:

לדבריו ב22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים:

צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN



מעשנת: לא

**מופנה לרופא מיעץ לקביעת מסלול הטיפול**

28/07/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023



028856

קוד הפניה: 282764181

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                       |  |                |  |                  |  |                           |  |
|-----------------------|--|----------------|--|------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:           |  | שם משפחה: גילי |  | שם פרטי: יאיר    |  | ת.ז.: 32816985            |  |
| ת.לידה: 07/07/1978    |  | מין: ז         |  | טלפון: 000000000 |  | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |  |
| כתובת: טניס 7/39, עכו |  | מיקוד: 2455324 |  | 0032816985       |  |                           |  |

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

אבחנה:

מעשנות : לא

סיבת ההפניה: להתקשר ל 3555\* לצורך קביעת תור

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/07/2022 עד תאריך - 24/01/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*



28/07/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית ) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.  
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.  
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

שם יועץ: קולט יעל

תחום: פיזיותרפיה

תאריך ייעוץ:

26/10/2022

הופנה לפיזיותרפיה עקב: CERVICALGIA, LOW BACK PAIN  
בוצעה סדרה באורך 7 ביקורים מתאריך 15/08/2022 עד תאריך 26/10/2022.  
במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה, טיפול מנואלי.  
הסדרה הסתיימה ביוזמת פיזיותרפיסט.  
מטרות הטיפול שהוגדרו: חזרה למשחק כדורסל, ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע, קימה משיבה  
לעמידה, כיפוף לרצפה להרמת חפצים, סיבוב ראש לצדדים, הסתובבות במיטה, קימה מהמיטה דרך  
צד שמאל הושגו באופן חלקי.  
מידת הגעה לטיפול במידה מרובה ושיתוף פעולה בטיפול במידה מרובה  
הערות: מנסה לחזור לפעילות שגרתית אך עדיין במאמץ כמו הרמת משקלים מעל 5 ק"ג לגובה או  
עבודה עם הידיים או הצוואר ב  
לאורך זמן מרגיש את הכאבים מגברים לפעמים מספר ימים. מקפיד על שחרור ומתיחות. הוודך  
להוסיף חימום מקומי להרפית שרירים בנוסף לתרגילים ושימוש בגירויים חשמליים.  
תופעה שעדיין לא נעלמה זה נימול לזרת השמאלית.  
במידת הצורך יחזור לטיפול.



קבלת תשובה

04/05/2023

קריאת תשובה בתאריך:



סוג ייעוץ: רגיל      תאריך הפניה: 28/07/2022      סוג הפניה: מכון

גורם מפנה: רופא מכבי

התמחות: אורתופדיה

שם רופא מפנה: ד"ר כריני פריד

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

אבחנה:

תלונות: לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

ממצאים: צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

מטרת ההפניה: להתקשר ל-3555\* לצורך קביעת תור

#### תשובת היועץ

תאריך רישום: 26/10/2022      תאריך ההפניה: 28/07/2022

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
נימול בכפות ידיים  
כאבים בברך שמאל מעל MM

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים\_אוניין

דף 13

הדפסת תיק מטופל  
גילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2



בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM  
אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

| שאלה                                     | תשובה        |
|------------------------------------------|--------------|
| קלסטרופוביה                              | לא / לא ידוע |
| קוצב לב                                  | לא           |
| שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן | לא           |

creatinine : 0.84 תאריך: 07/08/2018

eGFR : 109 תאריך: 07/08/2018

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בירור כאבים בברך האם קיימת עדות לפגיעה ב-LCL MCL PCL LMACL MM

# מס' ביקור: 1

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 15/08/2022

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

| מטרות                      | תאריך יעד | סטטוס | תאריך עדכון סטטוס | שם מטפל  | סוג טיפול       | תאריך יצירה |
|----------------------------|-----------|-------|-------------------|----------|-----------------|-------------|
| חזרה למשחק כדורסל          |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה משיבה לעמידה          |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| כיפוף לרצפה להרמת חפצים    |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| סיבוב ראש לצדדים           |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| הסתובבות במיטה             |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה מהמיטה דרך צד שמאל    |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |

ציון תפקודי FHS : 46

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 8

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 33

טיפול נוכחי

| טיפול                | איזור           | דקות טיפול | תאור /תגובה /הערות                              | ד | פרטי טיפול           |
|----------------------|-----------------|------------|-------------------------------------------------|---|----------------------|
| EVALUATION INITIAL   | כללי            | 40         | לבצע בדיקה פיזיקלית בהמשך                       | ! |                      |
| EDUCATION TECHNIQUES | כללי            | 0          | הסבר על מנגנון הפציעה.                          | ! | EDU PATHO ANATOMY    |
| THERAPEUTIC EXERCISE | ע"ש מותני + אגן | 0          | 3 תרגילים בשיבה על הגב. יש מוגבלות גדולה לתנועה | ! | FLEXIBILITY EXERCISE |
| THERAPEUTIC EXERCISE | ע"ש צווארי      | 0          | 2 תרגילים בשיבה עם אחיזת הצוואר                 | ! | FLEXIBILITY EXERCISE |
| EDU SELF EXERCISE    | כללי            | 0          | הנחיה להליכה 20 דקות עד הטיפול הבא              | ! |                      |
| ביקור רגיל           |                 |            |                                                 | ! |                      |

! 0015403

17/08/2022 10:24:52

גליון ביקור-פיזיו

הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 19

הדפסת תיק מטופל  
גוילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2

| מטרות                      | תאריך יעד | סטאטוס | תאריך עדכון סטטוס | שם מטפל  | סוג טיפול       | תאריך יצירה |
|----------------------------|-----------|--------|-------------------|----------|-----------------|-------------|
| ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע |           | הושלם  | 29/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה משיבה לעמידה          |           |        | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| כיפוף לרצפה להרמת חפצים    |           |        | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| סיבוב ראש לצדדים           |           | הושלם  | 29/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| הסתובבות במיטה             |           |        | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה מהמיטה דרך צד שמאל    |           |        | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |

**הערות טיפול קודם:** החל להתלונן על נימול או חוסר תחושה בזרת של יד שמאל. בנוסף בזמן תנועות כל הצד השמאלי (מקביל לכל שרירי הטרפסיוס) תחושת התכווצות. בגב תחתון כאבים בבוקר בעיקר ביצענו חזרה על תרגילי תנועה בבוקר לצוואר וגב תחתון התחלנו תרגול עם משקולות ואליפטיקל.

#### טיפול קודם:

| טיפול                     | איזור           | דקות טיפול | תאור /תגובה /הערות                       | ד | פרטי טיפול             |
|---------------------------|-----------------|------------|------------------------------------------|---|------------------------|
| THERAPEUTIC EXERCISE      | ע"ש צווארי      | 10         | בעזרת גומיה ירוקה. כולל הדרכת תרגול לבית | ! | STABILIZATION EXERCISE |
| THERAPEUTIC EXERCISE      | ע"ש צווארי      | 5          | תנועות בעזרת כדור מאחורי צוואר כנגד קיר  | ! | FLEXIBILITY EXERCISE   |
| THERAPEUTIC EXERCISE      | ע"ש מותני + אגן | 10         | סקוויס. תרגול סטטי. תרגול כנגד כדור      | ! | STABILIZATION EXERCISE |
| THERAPEUTIC EXERCISE      | ע"ש מותני + אגן | 5          | בעמידה                                   | ! | FLEXIBILITY EXERCISE   |
| MODALITY ELECTRO FOR PAIN | ע"ש מותני + אגן | 20         |                                          | ! |                        |
| ביקור רגיל                |                 |            |                                          | ! |                        |

#### טיפול נוכחי

| טיפול                | איזור           | דקות טיפול | תאור /תגובה /הערות                              | ד | פרטי טיפול             |
|----------------------|-----------------|------------|-------------------------------------------------|---|------------------------|
| EDUCATION TECHNIQUES | כללי            | 10         |                                                 | ! | EDU SELF TENS          |
| THERAPEUTIC EXERCISE | ע"ש צווארי      | 10         | דגש על יישור לאחר אשר משפר טווח סיבוב ראש לימין | ! | FLEXIBILITY EXERCISE   |
| THERAPEUTIC EXERCISE | ע"ש מותני + אגן | 10         | תרגילי בוקר                                     | ! | FLEXIBILITY EXERCISE   |
| THERAPEUTIC EXERCISE | כללי            | 10         | אליפטיקל                                        | ! | AEROBIC TRAINING       |
| THERAPEUTIC EXERCISE | כתף             | 10         | חיזוקים: פולי עליון. משקולות                    | ! | STABILIZATION EXERCISE |
| THERAPEUTIC EXERCISE | ע"ש מותני + אגן | 5          |                                                 | ! | STABILIZATION EXERCISE |
| ביקור רגיל           |                 |            |                                                 | ! |                        |

! 0015403

21/09/2022 11:19:19

גליון ביקור-פיזיו

מס' ביקור: 6

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 12/10/2022

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

שם המכון: קרית מוצקין-מכון פיזיותרפיה

יעדי פיזיותרפיה:

| מטרות                      | תאריך יעד | סטטוס | תאריך עדכון סטטוס | שם מטפל  | סוג טיפול       | תאריך יצירה |
|----------------------------|-----------|-------|-------------------|----------|-----------------|-------------|
| חזרה למשחק כדורסל          |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע |           | הושלם | 29/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה משיבה לעמידה          |           | הושלם | 21/09/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| כיפוף לרצפה להרמת חפצים    |           |       | 15/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| סיבוב ראש לצדדים           |           | הושלם | 29/08/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| הסתובבות במיטה             |           | הושלם | 21/09/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |
| קימה מהמיטה דרך צד שמאל    |           | הושלם | 21/09/2022        | קולט יעל | בדיקה אורטופדית | 15/08/2022  |

**הערות טיפול קודם:** בשבוע האחרון מרגיש החרפה של המתח בצוואר. אינו מרגיש שתרגילים או עיסוי בוולטרן מקל

טווחים שמורים אך יש מתח שרירי לאורך כל עמו"ש בזמן רוטציות וכאב בלסתכל לתקרה  
בוצע עיסוי שחרור רקמות רכות ושילוב בגירויים חשמליים עם הקלה



טיפול קודם:

| טיפול                   | איזור | דקות טיפול | תאור /תגובה /הערות             | ד | פרטי טיפול       |
|-------------------------|-------|------------|--------------------------------|---|------------------|
| EVALUATION REASSESSMENT | כללי  | 10         |                                | ! |                  |
| THERAPEUTIC EXERCISE    | כללי  | 15         | 5 דקות ריצה קלה ואח"כ אליפטיקל | ! | AEROBIC TRAINING |
| ביקור רגיל              |       |            |                                | ! |                  |

הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 22

הדפסת תיק מטופל  
גוילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2

טיפול נוכחי

| טיפול                     | איזור      | דקות טיפול | תאור /תגובה /הערות | ד | פרטי טיפול             |
|---------------------------|------------|------------|--------------------|---|------------------------|
| Manual Therapy            | ע"ש צווארי | 10         |                    | ! | MANUAL MOB SOFT TISSUE |
| MODALITY ELECTRO FOR PAIN | ע"ש צווארי | 20         |                    | ! |                        |
| ביקור רגיל                |            |            |                    | ! |                        |

! 0015403

|                       |                |                  |                           |
|-----------------------|----------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 | 0032816985       |                           |

## סיכום טיפול פיזיותרפיה

26/10/2022

תאריך הפקה:

לכבוד דר' ד"ר כריני פריד

32816985

ת"ז:

מר/ת גילי יאיר

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CERVICALGIA •  
LOW BACK PAIN •

## מטרות:

| מטרות                      | תאריך יעד | סטטוס       | תאריך יצירה |
|----------------------------|-----------|-------------|-------------|
| חזרה למשחק כדורסל          |           | הושלם חלקית | 15/08/2022  |
| ביצוע הליכות 4 פעמים בשבוע |           | הושלם       | 15/08/2022  |
| קימה משיבה לעמידה          |           | הושלם       | 15/08/2022  |
| כיפוף לרצפה להרמת חפצים    |           | הושלם חלקית | 15/08/2022  |
| סיבוב ראש לצדדים           |           | הושלם       | 15/08/2022  |
| הסתובבות במיטה             |           | הושלם       | 15/08/2022  |
| קימה מהמיטה דרך צד שמאל    |           | הושלם       | 15/08/2022  |

טופל החל מ- 15/08/2022

## מדדי תוצאה:

| שם מדד                                             | ציון בקבלה | ציון בביקור אחרון |
|----------------------------------------------------|------------|-------------------|
| מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)                     | 46         | 61                |
| רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)                         | 8          | 6                 |
| Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית | נמוך       | נמוך              |

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN  
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT  
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES  
EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 7 ביקורים

חתימה

טלפון: 04-8781555

פקס: 073-2284302

כתובת: שד בן גוריון 80, קריית מוצקין

|                       |  |                |  |                  |  |                           |  |
|-----------------------|--|----------------|--|------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:           |  | שם משפחה: גילי |  | שם פרטי: יאיר    |  | ת.ז.: 32816985            |  |
| ת.לידה: 07/07/1978    |  | מין: ז         |  | טלפון: 000000000 |  | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |  |
| כתובת: טניס 7/39, עכו |  | מיקוד: 2455324 |  |                  |  |                           |  |

0032816985

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרת הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה  
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

מנסה לחזור לפעילות שגרתית אך עדיין במאמץ כמו הרמת משקלים מעל 5 ק"ג לגובה או עבודה עם הידיים או הצוואר בלאורך זמן מרגיש את הכאבים מגברים לפעמים מספר ימים. מקפיד על שחרור ומתיחות. הדרך להוסיף חימום מקומי להרפית שרירים בנוסף לתרגילים ושימוש בגירויים חשמליים. תופעה שעדיין לא נעלמה זה נימול לזרת השמאלית. במידת הצורך יחזור לטיפול

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: קרית מוצקין-מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: קולט יעל



תאריך: 04/05/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0057554727



028856



קוד הפניה: 323016938

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                       |                |                  |                           |
|-----------------------|----------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 | 0032816985       |                           |

**E.M.G**

שם המכון: NCV/E.M.G לידיים

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
נימול בכפות ידיים

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS

אבחנה:



| פירוט | קוד   | הבדיקה הדרושה |
|-------|-------|---------------|
|       | 95861 | E.M.G         |

הנחיות הרופא: לבירור נימול לצורך טיפול לידיים

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

04/05/2023

חתימה וחומתת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: \*3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
|-----------------------|----------------|------------------|---------------------------|
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טנים 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 |                  |                           |

**הפניה למכון דימות - M.R.I****שם המכון:**

(מ.רפואי רמב"ם) (בי"ח/קרן)  
(M.R.I.) תהודה מגנטית  
8 העליה השניה  
31096

1700505150

**תלונות:**

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
נימול בכפות ידיים  
כאבים בברך שמאל מעל MM

**ממצאים:**

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

**אבחנה:**

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

**מעשנות : לא**

| קוד מב"ר | פרוטוקול ביצוע הבדיקה | בדיקה דרושה    |
|----------|-----------------------|----------------|
| 73721    |                       | MRI ברך (שמאל) |

**שאלה לרדיולוג:**

בירור כאבים ברך האם קיימת עדות לפגיעה ב-LACL PCL MCL LCL MM

| מידע נוסף                                | פירוט        |
|------------------------------------------|--------------|
| קלסטרופוביה                              | לא / לא ידוע |
| קוצב לב                                  | לא           |
| שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן | לא           |

| תאריך ביצוע | לפני     | תוצאה | בדיקת מעבדה |
|-------------|----------|-------|-------------|
| 07/08/2018  | 4.8 שנים | 0.84  | Creatinine  |
| 07/08/2018  | 4.8 שנים | 109   | eGFR        |

תאריך הדפסה: 04/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

העתק טופס  
13/09/2023

ד"ר כריני פריד

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

|                       |                 |                  |                           |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גוילי | שם פרטי: יאיר    | ת.ז.: 32816985            |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז          | טלפון: 000000000 | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324  | 0032816985       |                           |

**הפניה למכון דימות - M.R.I**

שם המכון:

מ.רפואי רמב"ם (בי"ח/קרן)  
(M.R.I) תהודה מגנטית  
8 העליה השניה  
31096

1700505150

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

נימול בכפות ידיים  
כאבים בברך שמאל מעל MM

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09

ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעשנות : לא

| קוד מב"ר | פרוטוקול ביצוע הבדיקה | בדיקה דרושה    |
|----------|-----------------------|----------------|
| 73721    |                       | MRI ברך (שמאל) |

שאלה לרדיולוג:

ביחור כאבים ברך האם קיימת עדות לפגיעה בLMACL PCL MCL LCL

| מידע נוסף                                | פירוט        |
|------------------------------------------|--------------|
| קלסטרופוביה                              | לא / לא ידוע |
| קוצב לב                                  | לא           |
| שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן | לא           |

| תאריך ביצוע | לפני     | תוצאה | בדיקת מעבדה |
|-------------|----------|-------|-------------|
| 07/08/2018  | 4.8 שנים | 0.84  | Creatinine  |
| 07/08/2018  | 4.8 שנים | 109   | eGFR        |

תאריך הדפסה: 04/05/2023

מכבי שירותי בריאות

מ. גורם מפנה



0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

העתק טופס  
13/09/2023

ד"ר כריני פריד

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| פרטי הנבדק:               |                    |
| שם פרטי: יאיר             | שם משפחה: גילי     |
| ת.ז.: 32816985            | ת.לידה: 07/07/1978 |
| טל.עבודה/נייד: 0522828944 | מין: ז             |
| מיקוד 2455324             | טניס 7/39, עכו     |
| כתובת: 0032816985         |                    |

**הפניה למכון דימות - M.R.I**

שם הרופא: ד"ר כריני פריד

תאריך: 04/05/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*





0057554727



028856

קוד הפניה: 323017596

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

|                    |  |                 |  |                  |  |                           |  |
|--------------------|--|-----------------|--|------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:        |  | שם משפחה: גוילי |  | שם פרטי: יאיר    |  | ת.ז.: 32816985            |  |
| ת.לידה: 07/07/1978 |  | מין: ז          |  | טלפון: 000000000 |  | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |  |
| כתובת: 0032816985  |  | טניס 7/39, עכו  |  | מיקוד: 2455324   |  |                           |  |

**הפניה למכון דימות - M.R.I**

שם הרופא: ד"ר כריני פריד

תאריך: 04/05/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/05/2023 עד תאריך - 31/10/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*



הודפס בתאריך: 13/09/2023 11:44  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 7

הדפסת תיק מטופל  
גוילי יאיר; ת.ז.: 32816985; גיל: 45.2

| מקור המידע                            | פירוט                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| העברת טפסים באופן יזום<br>לאחר המטופל | 15:55:00 04/05/2023<br>בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאחר המטופל. |

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
לדבריו ב-22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על  
כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
נימול בכפות ידיים  
כאבים בברך שמאל מעל MM

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13  
צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם  
הגבלה בתנועות SPURLING  
גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שריריים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם  
הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09  
ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים  
סמנים מניסקאליים מעל MM

| הערה  | מאפ | מאפ | אבחנה         |
|-------|-----|-----|---------------|
|       |     |     | CERVICALGIA   |
|       |     |     | LOW BACK PAIN |
| HANDS |     | Bil | PARESTHESIA   |
|       |     | Lt  | KNEE PAIN     |

| הערות                                                     | בדיקות/הפניות                            |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 31/10/2023 - בתוקף עד                                     | E.M.G                                    |
| 31/10/2023 - בתוקף עד<br>נשלחה לאישור מרכז ארצי<br>לדימות | מרכז ארצי לדימות - M.R.I: MRI ברך (שמאל) |
| 02/08/2023 - בתוקף עד                                     | בדיקות מעבדה                             |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0843000

## מכון MRI

הנדון: גויילי, יאיר, ת.ז: 032816985 תאריך לידה: 07/07/1978

דר' נכבד/ה,  
הבדיקה בוצעה בתאריך: 13/07/2023

### להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו-PD עם דיכוי שומן ואקסילית PD עם דיכוי שומן.

התוויה קלינית: ברור כאבים.

### ממצאים:

הודגמו אותות תקינים ממח העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס.  
הרצועות הצולבות והרצועות הקולטרליות הודגמו תקינות.  
המניסקוסים בעלי מראה וגבולות שמורים.  
המנגנון המיישר מודגם תקין.  
מודגם פגם לכל עובי הסחוס המכסה את הפצט המדיאלי של הפיקה בקוטר 6 מ"מ במישור הצדדי פנימי (חתך 31 סדרה 2)  
עם בצקת לשדית מינימאלית סוב-כונדרלית בסמוך.  
הודגם נוזל תוך פירקי בכמות קטנה, ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

לסיכום: פגם בסחוס הפיקה כמתואר.



בברכה,  
ד"ר פרידמן יהודה  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מר 21558

הוקלד על ידי: טלי יופליס  
מסמך זה נחתם אלקטרונית

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

רופא נכבד,  
רופאי מכון הדימות באסוטה 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 לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית  
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב **מכבי** <צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

| <b>"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ</b><br>מכוני ספונדופיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי<br>E.E.G E.M.G |                                                                            |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>פתח-תקווה</b><br>נוירדא 30<br>טל: 03-9347891<br>פקס: 03-9315658                                            | <b>חדרה</b><br>חלל יפת 11<br>טל: 04-6221125<br>פקס: 04-6338757             | <b>קרית-אונד</b><br>שלמה המלך פינת חורד<br>הקניון החדש<br>קומה א'<br>טל: 03-5358801/2/3 |
| <b>ראש-העין</b><br>שלים שבזי 26<br>קומה א'<br>טל: 03-5284986<br>פקס: 03-9030226                               | <b>נתניה</b><br>דוד רמז 13<br>קומה א'<br>טל: 09-8320306<br>פקס: 09-8341358 | <b>בני-ברק</b><br>עדא 11<br>קומה א'<br>טל: 03-5358801<br>פקס: 03-9315658                |

תאריך ביקור: 15/08/2023

שם משפחה: גוילי עיר/יישוב: עכו תיק מס': 2362127

שם פרטי: יאיר שילוב מסמך ע"י: קובי 09:13

מספר זהות: 032816985 גורם מבטח: שרותי ב. מכבי סניף:

ת. לידה: 07/07/1978 מין: ז רופא מפנה: כריני פריד ר. רופא מפנה: 28856



1:1  
yair gvili (32816985)

00172371  
15/08/23

Department of Clinical Neurophysiology

EMG Mammograph LTD

Dr. Kaplan

Phone: 03-9347891 Fax: 03-9315658

Name: yair gvili  
ID: 32816985  
Sex: Male  
Age: 45  
Tech:   
Physician:   
Diagnosis:

Height: 0  
Birth date: 07/07/78  
Report date: 15/08/23  
Invest. date: 15/08/23  
Invest. nr: 00172371

Conclusion: Upper limbs NCS& EMG findings are compatible with mild-moderate chronic cervical  
polyradiculopathy  
C5-C6 bilateral -more severe

| MOTOR NERVES:   | Lat<br>[ms] | SD   | Amp<br>[mV] | SD   | CV<br>[ms] | SD   | Amp%<br>[%] | SD   | F<br>[ms] | SD  |
|-----------------|-------------|------|-------------|------|------------|------|-------------|------|-----------|-----|
| Left Medianus   |             |      |             |      |            |      |             |      | 30.5      | 1.8 |
| Wrist - upb     | 3.3         | 0.9  | 11.6        | -0.2 |            |      |             |      |           |     |
| Ab Elb - Wrist  | 7.8         |      | 7.3         | -1.1 |            |      | -33         | -3.5 |           |     |
| Left Ulnaris    |             |      |             |      |            |      |             |      |           |     |
| Wrist - ADM     | 2.5         | -0.6 | 14.2        | 0.5  |            |      |             |      |           |     |
| Re Elb - Wrist  | 6.8         |      | 12.1        | 0.6  | 55.8       | -1.4 | -14         | -1.5 |           |     |
| Ab Elb - Re Elb | 7.7         |      | 13.3        | 0.3  | 55.6       | -0.6 | 9           | 0.8  |           |     |

| SENSORY NERVES: | Lat<br>[ms] | SD  | Amp<br>[uV] | SD   | CV<br>[ms] | SD | Amp%<br>[%] | SD |
|-----------------|-------------|-----|-------------|------|------------|----|-------------|----|
| Left Medianus   |             |     |             |      |            |    |             |    |
| dig II - Wrist  | 3.3         | 1.0 | 41          | -0.3 |            |    |             |    |
| Left Ulnaris    |             |     |             |      |            |    |             |    |
| dig 5 - Wrist   | 3.0         | 0.9 | 17          | -1.4 |            |    |             |    |



ד"ר קפלין מרק  
מנהל מרפאת ניוורולוגיה ושיקום  
1984

רופא/ה בודק/ת: ד"ר קפלן מומחה בשיקום

רישיון רופא בודק: 27752 רישיון מומחה: 26987

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, לכן 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: 14/09/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



028856



קוד הפניה: 342588024

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                       |                |                           |                |
|-----------------------|----------------|---------------------------|----------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר             | ת.ז.: 32816985 |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טל.עבודה/נייד: 0522828944 | מיקוד 2455324  |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | 0032816985     |                           |                |

### התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - ברכיים - במכבי

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 נימול בכפות ידיים כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14 עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצאנ עדות לפגיעה בC56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעשנת: לא

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי/מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/09/2023 עד תאריך - 12/03/2024

14/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

מסמך אושר  
דיגיטלית  
**מכבי**

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 342588215

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

|                       |  |                |  |                           |  |                |  |
|-----------------------|--|----------------|--|---------------------------|--|----------------|--|
| פרטי הנבדק:           |  | שם משפחה: גילי |  | שם פרטי: יאיר             |  | ת.ז.: 32816985 |  |
| ת.לידה: 07/07/1978    |  | מין: ז         |  | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |  | מיקוד 2455324  |  |
| כתובת: טנים 7/39, עכו |  | 0032816985     |  |                           |  |                |  |

**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 נימול בכפות ידיים כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14 עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצא עדות לפגיעה בC56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

אבחנה:

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

**סיבת ההפניה: להתקשר ל 3555\* לצורך קביעת תור**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/09/2023 עד תאריך - 12/03/2024

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטים\*\*

14/09/2023

חתימה וחומת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 14/09/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



028856



קוד הפניה: 342587928

טלפון: 04-9851111

פקס: 073-2284309

כתובת: דרך הארבעה 41, עכו

ד"ר כריני פריד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                       |                |                           |                |
|-----------------------|----------------|---------------------------|----------------|
| פרטי הנבדק:           | שם משפחה: גילי | שם פרטי: יאיר             | ת.ז.: 32816985 |
| ת.לידה: 07/07/1978    | מין: ז         | טל.עבודה/נייד: 0522828944 |                |
| כתובת: טניס 7/39, עכו | מיקוד: 2455324 |                           |                |

### התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה - במכבי

תלונות: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 לדבריו 22/06/2022 היה מעורב בתאונת דרכים נבדק בבית חולים הלל יפה מתלונן על כאבים בצוואר וגב

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 נימול בכפות ידיים כאבים בברך שמאל מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14 עבר MRI ברך שמאל ב-13/07/2023 פגם סחוס מעל FACET מדיאלי עבר EMG לידיים ב-15/08/2023 נמצאנ עדות לפגיעה C56

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 16:56:13 צוואר רגישות במישוש כאבים בתנועה צווארית עם ספזם שרירים פראורטבראליים עם הגבלה בתנועות SPURLING גב תחתון רגישות במישוש עם ספזם שרירים ורטבראליים עם כאבים בתנועה עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 04/05/2023 בשעה 15:50:09 ברך שמאל רגישות במישוש כאבים בתנועה עם נפיחות והגבלה בתנועה בכל הכוונים סמנים מניסקאליים מעל MM

בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14 דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 14/09/2023 בשעה 16:01:14

אבחנה:



- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA Bi-Lateral HANDS
- KNEE PAIN Left

מעשנת: לא

• RITALIN 10MG X 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות לטיפול

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי/מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/09/2023 עד תאריך - 12/03/2024

14/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

נספח 3 :

תעודות רפואיות - התובעת 2

(עמודים 48 עד 84)





|                    |                                                       |                                  |
|--------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| מחלקה לרפואה דחופה | מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795 | אח/ות אחראי/ת: מירה לייבל        |
| טלפון: 04-7744304  | פקס: 04-7744283                                       | זמן הפקת תדפיס: 15:21 22/06/2022 |

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11486500

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 להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

|                                 |                     |                    |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|
| שם משפחה: קובלוקובסקי           | שם פרטי: סימה       | ת. זהות: 300598935 |
| מין: נקבה                       | ת. לידה: 28/12/1986 | גיל: 35            |
| כתובת: גלעד 4 חדרה חדרה 3824032 | טלפון: 052-6105836  | שם האב: אליהו      |
| מצב משפחתי: גרושה               | קופ"ח: קופ"ח מכבי   |                    |

### נתוני ביקור

קבלה למיון: 22/06/2022 שעה: 13:16

### תאריך שחרור

תאריך שחרור: 22/06/2022

יעד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



### אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING PASSENGER IN MOTORVEHICLE OTHER THAN M (E819.1)

### בריאה בדרך כלל

### תלונה עיקרית

תאונת דרכים

### מחלה נוכחית

בת 35

לדבריה בלילה בייתה מעורבת בתאונת דרכים. הייתה חגורה, נפתחו כריות אוויר.

שוללת חבלת ראש חזה או בטן.

מלינה על כאב צוואר משמאל.

שוללת איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות. ללא תלונות נוספות.

### רגישות לתרופות

#### תאריך רישום

02/08/2020

02/08/2020

#### שם התרופה

VENOFER AMP 100MG/5ML

TRIMETHOPRIM

### לא ידועה רגישות לחומרים

### תרופות קבועות

RITALIN LA CAP 20MG PO

20 mg

### בדיקה גופנית

נבדק: כן

הכרה מלאה, ללא חיוורון

מצב כללי

**ראש**

סימטרי ללא סימני חבלה

**בית חזה וריאות**

קנה מרכזי, ללא סימן חגורה, ללא סימן חבלה, ללא דפורמציה מעט מאוד רגישות במישוש. בחזה עליון משמאל

**בטן**

ללא סימן חגורה או סימן חבלה אחר. בטן רכה ולא רגישה

**נירולוגית**

GCS 15, ללא חסר נירולוגי גס

**יעוצים**

**רופא מבקש:**

דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

**מועד הבקשה:**

22/06/2022 15:09

**מופנה אל מחלקה:**

מיון אורתופדי

**תאריך ביקור מתוכנן:**

22/06/2022

**הגדרת הבעיה:**

ת דרכים

נרשם ע"י דר' אקרמן טל מ.ר. 163281

בלילה קבלתה, נוסעת חגורה מעורבת בתאונת דרכים במנגנון צידי. נפתחו כריות אוויר, לא נשברו חלונות

קעת מלינה על כאבים בצוואר, גב תחתון

בבדיקתה: נושאת משקל על שתי רגליה תבנית הליכה תקינה

מניעה צוואר עם כאב בסוף טווחים

ללא רגישות קו אמצע לכל אורך עמוד השדרה, קיימת רגישות שרירית פאראוורטברלית צווארית ומותנית.

מניעה 4 גפיים בחופשיות ללא פחת תחושתיות או מוטורי גס. רפלקסים תקינים

הוסבר למטופלת כי בפגיעות מסוג זה הכאבים עלולים להחמיר בימים הראשונים, הבינה, משוחררת קעת מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות:

- קומפרסים חמים לצוואר/ עמ"ש מותני

משככי כאבים לפי הצורך

בהחמרה בכאב, חסר תחושתיות, מוטורי או כל החמרה אחרת יש לפנות לבדיקת רופא/ה

חתימה:

**סיכום ודין**

בת 35

לדבריה בלילה בייתה מעורבת בתאונת דרכים. הייתה חגורה, נפתחו כריות אוויר.

שוללת חבלת ראש חזה או בטן.

מלינה על כאב צוואר משמאל.

שוללת איבוד הכרה ללא בחילות או הקאות. ללא תלונות נוספות.

נבדקה ע"י אורטופדים, ראה יעוץ מצורף.

קעת ללא בעיה כירורגית חריפה משוחררת לביתה באישור ד"ר קרביצקי עם המלצות בשחרור:

**סטטוס מטופל בשחרור**

טוב

**המלצות כלליות**

המלצה: \* ראה יעוץ אורתופד לעיל.

\* מעקב רופא מטפל בקהילה

\* במקרה החמרה יש לפנות למר"ד

**רופא מקבל/מטפל**

רופא: דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078

**רפאלה משחררות**

|                          |       |                  |
|--------------------------|-------|------------------|
| שם החותם                 | תפקיד | זמן חתימה        |
| דר' וקסמן אדם מ.ר. 48078 | רופא  | 22/06/2022 15:21 |

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.





034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|--------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                    |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986             |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה |  | מיקוד: 3836277       |  |                   |  |                           |  |

**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30  
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא



**סיבת ההפניה: פיזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

26/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



122390

קוד הפניה: 277451761

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

**הפניה לאביזר / ציוד רפואי**

מס ביקור



000208434208

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 23/06/2022 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

| שם אביזר                     | מארזים | סך הכל יחידות | קוד אביזר | קוד ספק | נרכש במכביפארם |
|------------------------------|--------|---------------|-----------|---------|----------------|
| צווארון רך (ללא צורך בהפניה) | 1      | 1             | 96565     |         | כן             |

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 21/09/2022

23/06/2022

חתימה וחוקת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555\*.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יכולו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה.

תאריך: 23/06/2022

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

### תמצית הביקור מתאריך 23/06/2022 בשעה 17:10

תאריך הביקור: 23/06/2022

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

| שמות החלופות                                    | מינון והוראות מרשם                                                         | שם התרופה           |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| * TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 10 Units > [72116] | לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים. | ROKACET PLUS 24 CAP |

### הפניות, אשורים ודפי מידע

| סוג   | שם / תיאור                          | מתאריך     | עד תאריך   |
|-------|-------------------------------------|------------|------------|
| הפניה | אחות: זריקה תוך שרירית IM           |            |            |
| הפניה | הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה |            |            |
| אישור | אישור מחלה                          | 22/06/2022 | 30/06/2022 |



002084342082



ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|--------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                    |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986             |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה |  | מיקוד: 3836277       |  |                   |  |                           |  |

**אישור מחלה**

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 22/06/2022 עד יום: 30/06/2022 סה"כ: 9 ימים.

23/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



מ.ר. גורם מפנה



034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

ד"ר הינמן שמואל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מ.י.נ:               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: ב-22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFR - פריחה גרוד

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30  
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

**סיבת ההפניה: פזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

26/06/2022

תאריך

ד"ר שמואל הינמן  
מומחה לאורתופדיה  
מ.ר. 034356  
277790508  
חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



122390

קוד הפניה: 277451761

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

**הפניה לאביזר / ציוד רפואי**

מס ביקור



000208434208

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 23/06/2022 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

| שם אביזר                     | מארזים | סך הכל יחידות | קוד אביזר | קוד ספק | נרכש במכביפארם |
|------------------------------|--------|---------------|-----------|---------|----------------|
| צווארון רך (ללא צורך בהפניה) | 1      | 1             | 96565     |         | כן             |

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 21/09/2022

23/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555\*.

לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יכולו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה



122390

קוד הפניה: 277448683

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

## אחות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

| סוג טיפול           | דרך מתן | שם תרופה | מינון למתן | פעמים ביום | תדירות  | משך טיפול | סה"כ | הערות |
|---------------------|---------|----------|------------|------------|---------|-----------|------|-------|
| זריקה תוך שרירית IM | להזרקה  | ABITREN  | 75 mg      | 1          | חד פעמי |           | 1    |       |

מטופל – הנחיות

| סוג טיפול           | הנחיות                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| זריקה תוך שרירית IM | לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול. |



\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

23/06/2022 17:19

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,

עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555\* או ל 1-700-50-53-53

## גיליון קבלה כללית אורטופדית

## סדרת טיפולים:

1

## משך הבעיה:

בעיה תת חריפה -בין 3 שבועות ל- 3 חודשים

## הסטוריה:

ב תאריך 22-06 הייתה מעורבת בת.דרכים כשישנה במושב על יד הנהג אוטו אחר פגע באוטו בו היא נסע גרם לאוטו להסתובב מהמכה היא נחבלה ב2 הצדדים של הגף הייתה במיון בבית חולים הילל יפה לאחר המלצה הייתה עם סד לצוואר במשך 3 שבועות והורידה היום חזרת לנהוג חזרה לעבודה עדיין כאבים באזור צוארי ו מעל השיכמות ישיבה גורמת לכאבים חזקים יותר ותחושה של זרמים באזור לפני ה תאונה תרגלה יוגה כל יום היום לא מסוגלת עקב כאבים בנוסף מדווחת על תחושה של סחרחורות בצורה של שיוט

## סימפטומים:

| מיקום הסימפטומים | ימין | שמאל | מרכז |
|------------------|------|------|------|
| בתחילת הופעתם    |      |      |      |
| 48 שעות אחרונות  |      |      |      |



## מיקום ואופי הבעיה:

כאב מפושט, באזור צוארי וגב עליון

## תדירות הסימפטומים:

בא והולך, תלוי בתנוחה בישיבה הכאב מחריף ו בסוף היום

## פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

ישיבה נהיגה

## פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

שינוי תנוחה  
דיקור  
נטילת משככי כאב.  
רוקסט +

## כללי

## סוג הפעילות במהלך היום:

ישיבה ממושכת

## פעילות גופנית:

כ 3 פעמים או יותר בשבוע

תאריך: 16/11/2022

מ.ר. גורם מפנה



101119

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה  
הפקת טופס  
12/09/2023

נוכל ויוי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2284190

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                    |                      |                   |                           |
|--------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:        | שם משפחה: קובלוקבסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986 | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: 0300598935  | הקידה 15/8, חדרה     | מיקוד: 3849051    |                           |

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקה: 16/11/2022

300598935

ת"ז:

לכבוד דר' ד"ר הינמן שמואל

מר/ת קובלוקבסקי סימה

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY •

מטרות:

| מטרות                                   | תאריך יעד | סטטוס | תאריך יצירה |
|-----------------------------------------|-----------|-------|-------------|
| יכולת לסובב ראש לכל כיוון עם הקלה בקושי |           |       | 28/07/2022  |
| יכולת לחזור ליוגה בהדרגתיות             |           |       | 28/07/2022  |
| יכולת להתכופף לפנהיים עם הקלה בקושי     |           |       | 28/07/2022  |

טופל החל מ- 28/07/2022

מדדי תוצאה:

| שם מדד                                             | ציון בקבלה | ציון בביקור אחרון |
|----------------------------------------------------|------------|-------------------|
| מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)                     | 36         | 36                |
| רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)                         | 7          | 7                 |
| Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית | גבוה       | גבוה              |

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Modalities-

MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES

סה"כ 1 ביקורים

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול

יכולת חזרה לפעילות:

לא  
ידוע/  
לא  
רלוונטי

השגת מטרות הטיפול: לא ידוע/לא רלוונטי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים לא ידוע/לא רלוונטי  
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

חתימה

תאריך: 16/11/2022

מ.ר. גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה  
העתק טופס  
12/09/2023

ווכל ויז

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2284190

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: קובל קובסקי   | שם פרטי: סימה             |
| ת.ז.: 300598935         | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ                    |
| תלפון: 0526105836       | שם פרטי: סימה             |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | מיקוד: 3849051            |
| 0300598935              |                           |

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: חדרה מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: ווכל ויז

☒ הפק ללא הדפסה





0028635761



034356

|                         |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:             |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986      |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה |  | מיקוד: 3849051       |  |                   |  |                           |  |

**E.M.G****תלונות:**

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37  
ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיין עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת, נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

**ממצאים:**

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אי נקעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

**אבחנה:**

• WHIPLASH INJURY

**בעיות ידועות:**

• VEGETARIANISM (2018)

**תרופות קבועות:**

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84  
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

| הבדיקה הדרושה | קוד   | פירוט |
|---------------|-------|-------|
| E.M.G         | 95861 |       |

**הנחיות הרופא: EMG גפיים עליונות בשאלה של רדיקולופתיה/פגיעה אולנרית משמאל**

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

22/11/2022

| תאריך                                                            | נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש                                                                 | חתימה וחותמת הרופא |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/11/2022 עד תאריך - 21/05/2023 | לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53 |                    |



0028635761



034356

קוד הפניה: 298430612

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                         |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:             |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986      |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה |  | מיקוד: 3849051       |  |                   |  |                           |  |

**E.M.G****תלונות:**

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37  
ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיין עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת, נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

**ממצאים:**

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אי נקעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:



NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

| פירוט | קוד   | הבדיקה הדרושה |
|-------|-------|---------------|
|       | 95861 | E.M.G         |

**הנחיות הרופא: EMG גפיים עליונות בשאלה של רדיקולופתיה/פגיעה אולנרית משמאל**

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

22/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555\* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/11/2022 עד תאריך - 21/05/2023



034356

קוד הפניה: 277790508

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                                |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|--------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                    |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986             |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה |  | מיקוד: 3836277       |  |                   |  |                           |  |

**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

REPHENIDATE 10MG X 30 2X1X30  
RITALIN LA 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא



**סיבת ההפניה: פיזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

26/06/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה \*3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

26/08/2022 10:58:03

## ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו-8 חודשים

גיל: 35.7 מספר ביקור: 00214613919

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 23/06/2022 בשעה 17:10:11 לאחר ת.דרכים ב-21.06 עם פציעה במנגנון WHIPLASH. נבדקה אתמול במיון וטופלה באסיבל וולטרן IM. עדיין כאובה, מבקשת זריקת וולטרן ואנלגטיקה.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03  
סחרחורות מאז תאונת הדרכים

22/06/2022

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים



ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03

אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.  
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.  
רומברג מעט חיובי  
ללא סמני צד או פירמידליים.

| הערה | מאפ | מאפ | אבחנה                      |
|------|-----|-----|----------------------------|
|      |     |     | WHIPLASH INJURY            |
|      |     |     | MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS |
|      |     |     | VERTIGO                    |

מוזמן למעקב:

גיל: 35.10

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0222626395

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אי נקעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

| הערה | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|------|-----|-----|-----------------|
|      |     |     | WHIPLASH INJURY |

| הערות                 | בדיקות/הפניות |
|-----------------------|---------------|
| 21/05/2023 - בתוקף עד | E.M.G         |

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

0730900 !

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

מטרת ההפניה: פיזיותרפיה דחופה לעמוד שדרה צווארי.

#### תשובת היועץ

|                   |            |                  |              |
|-------------------|------------|------------------|--------------|
| תאריך רישום:      | 16/11/2022 | תאריך ההפניה:    | 26/06/2022   |
| שם יועץ: ווכל ווי |            | תחום: פיזיותרפיה | תאריך ייעוץ: |
|                   |            |                  | 16/11/2022   |



הופנה לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY  
בוצעה סדרה באורך 1 ביקורים מתאריך 28/07/2022 עד תאריך 28/07/2022.  
במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה.  
הסדרה נסגרה עקב אי הגעה של המטופל לתור ההמשך.  
מטרות הטיפול שהוגדרו: יכולת לסובב ראש לכל כיוון עם הקלה בקושי, יכולת לחזור ליוגה בהדרגתיות, יכולת להתכופף לפניהם עם הקלה בקושי.

#### קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 20/11/2022

תאריך: 28/04/2023

מ.ר. גורם מפנה



020757

קוד הפניה: 321961220

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס  
12/09/2023

ד"ר גרמפל חיים

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 04-9593594

פקס: 04-8886012

כתובת: הלל יפה 11, חדרה (בנין "קורן" קומת קרקע)

|                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:               |                           |
| שם משפחה: קובלוקובסקי     | שם פרטי: סימה             |
| ת.ז.: 300598935           | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| ת.לידה: 28/12/1986        | מין: נ                    |
| תל.עבודה/נייד: 0526105836 | טלפון: 0526105836         |
| מיקוד: 3849051            | הקידה 15/8, חדרה          |
| כתובת: 0300598935         |                           |

### התייעצות מומחה

- במכבי

אלרגולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: לאחר חיסון ראשון לקורונה פיתחה אלרגיה קלה בצורת אורטיקריה ואנגיואדמה.  
טופלה בסטרואידים.  
לאחר תחליף ETOPAN אותה תגובה.  
מטופלת אצל אלרגולוג פרופ" הרשקו.

אבחנה:

• URTICARIA  
send to allergolgosit

מעשנת: לא

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOOFER - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפוחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84  
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לטיפול.

טוענת לרגישות לחומר PVP30

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

28/04/2023

חתימה וחומתת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/04/2023 עד תאריך - 25/10/2023

## תעודה רפואית

מס' ביקור: 14533803

תאריך: 15/04/23 שעת קבלה: 21:46 סיום: 15/04/2023 23:41

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מבוי: 300598935  
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רספרים

סולפה

תלונות החולה:

בת 36 בריאה בדר"כ

ידוע על רגישות לסופלה, רספרים

ידוע על התקפי אלרגיה

פנתה עקב התקפי אלרגיה עם ביטוי קליני של נפיחות בשפתיים ולשון

גירודים ללא תפחת

ללא חום ללא קשיי נשימה

ללא תסמיני GI ללא תסמינים נוירולוגיים

ללא תלונות אחרות



מדדים: חום: 36.5 PO לחץ דם: 119/79 דופק: 121 סדיר סטורציה: 96%

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב

ללא כחלון או חיורון או צהבת

פריחות אורטיקריאליות קטנות בגב

ללא סימני מצוקה נשימתית

לוע – ללא אודם ללא תפליטים

נפיחות בשפתיים בעיקר התחתונה, נפיחות בלשון

ללא נפיחות סביב העיניים בזמן בדיקה

כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחורים ללא צפצופים

קולות לב סדירים ללא אוושות

נוירולוגית ללא חסר

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGY, UNSPECIFIED, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

טיפולם שבוצעו:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מחאמיד מוחמד רשיון הרופא: 164885 חתימה והותמת הרופא: \_\_\_\_\_

## תעודת רפואית

מס' ביקור: **14533803**

תאריך: **15/04/23** שעת קבלה: **21:46** סיום: **15/04/2023** **23:41**

שם המטופל: **סימה קובלקובסקי** מס' זהות: **300598935** גיל: **36.3** מס' מבני: **300598935**  
כתובת: **חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0** **052-6105836** מרפאה: **חדרה**  
מכבי

**22:42** Normal Saline 0.9% **500.00 ml** במשך **30** דקות

### תרופות שניתנו במרפאה:

| תאור התרופה           | יח"/מנה | כמות |
|-----------------------|---------|------|
| PRAMIN 10MG 2CC AMP   |         | 1    |
| SOLU MEDROL 125MG 2CC |         | 1    |

### מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

### דיון והמלצות:

לסיכום:

התקף אלרגיה ללא עדות לאנפילקסיס מומלץ

מעקב רופא מטפל בהקדם

מעקב רופא אלרגולוג בקופ"ח

טלפסת 180 מ"ג פעם ליום ל 5 ימים

פרדינזון 40 מ"ג פעם ליום ל 3 ימים

בכל מצב של החמרה יש לפנות לרופא זמין

המשך מעקב אצל רופא מטפל



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: **דר' מחאמיד מוחמד** רשיון הרופא: **164885** חתימה והותמת הרופא: \_\_\_\_\_

## תעודת רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מבני: 300598935  
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה  
מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רספירם

סולפה

תלונות החולה:

הגיעה עקב הרגשת נפיחות בלשול לאחר שקבלה איטופן

מדדים: חום: 37 PO לחץ דם: 140/80 דופק: 103 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

נפיחות קלה בלשון

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות



אבחנה משוערת:

ALLERGIC URTICARIA

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

יח/מנה כמות

תאור התרופה

125

SOLU MEDROL 125MG 2CC

מרשם תרופות:

יח/מנה

מינון

מספר פעמים ביום

משך ימים

unit

1

1

5

PREDNISONE 20 MG 30 TAB

unit

1

1

7

TELFAS 180MG 15 TAB

דיון והמלצות:

תגובה אלרגית ככל הנראה לאיטופן

קבלה סטירואידים תוך שרירי, היתה במרפאה חצי שעה להשגחה

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

רשיון הרופא: 128815

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה

חתימה והותמת הרופא:

## תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשדוד, כניסה ד', יגאל אלון 90, ת"א 6789130  
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מבני: 300598935  
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה : חדרה  
מכבי

הנפיקות בלשון בירידה  
יציבה ללא סימני מיצוקה  
משתחררת עם המלצות  
מעקב רופא מטפל  
טיפול לפי מרשם  
מעקב אלרגולוג  
בהחמרה לפנות למיון  
המשך מעקב אצל רופא מטפל



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה רשיון הרופא: 128815 חתימה והותמת הרופא: \_\_\_\_\_

תאריך: 16/04/2023

מ.ר גורם מפנה



027859

קוד הפניה: 320093393

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס  
12/09/2023

ד"ר ליזרוביץ סורל

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחה ברפואת ילדים

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: קובלקובסקי    | שם פרטי: סימה             |
| ת.ז.: 300598935         | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ                    |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | מיקוד: 3849051            |
| 0300598935              |                           |

### התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לאחר תאונת דרכים בחודש 06-2022 עם מנגנון של WHIPLASH .  
נבדקה במיון הלל יפה.  
מעקב אורטופדי , טיפול פיזיותרפיה ורפואה משלימה.  
עדיין כאבים בגב עליון וגפיים עליונות ותחתונות.  
הפניה למרפאת כאב.

ממצאים: אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות.  
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.  
ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post
- BACKACHE
- LIMB PAIN Bi-Lateral  
UPPER & LOWER

מעשנת: לא

- VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפיחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84  
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעת אבחנתית וטיפולית

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

16/04/2023

חתימה וחומתמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי/ זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/04/2023 עד תאריך - 13/10/2023

תאריך: 04/06/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר הינמן שמואל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



034356



קוד הפניה: 327540363

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                         |                      |                   |                           |
|-------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | מיקוד: 3849051       |                   |                           |

### הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000241772418

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 04/06/2023 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

| שם אביזר                     | מאזים | סך הכל יחידות | קוד אביזר | קוד ספק | נרכש במכביפארם |
|------------------------------|-------|---------------|-----------|---------|----------------|
| צווארון רך (ללא צורך בהפניה) | 1     | 1             | 96565     |         | כן             |

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 02/09/2023

04/06/2023



חתימה וחוקתות

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי ([www.maccabi4u.co.il](http://www.maccabi4u.co.il)). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555\* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"י-יכולו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה



034356



קוד הפניה: 327539206

טלפון: 04-6305650

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

התמחויות:

|                         |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:             |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986      |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה |  | מיקוד: 3849051       |  |                   |  |                           |  |

**מכון פיזיותרפיה**

**תלונות:** בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

**ממצאים:** בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי בידיים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: 04/07/2019 - VENOFER - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפיחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

• RITALIN 10MG X 30 4X1X30  
• NEXIUM 40MG X 28 1X1X84

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פזיותרפיה עמוד שדרה צווארי.

תאריך: 04/06/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר הינמן שמואל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 327539206

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: קובלקובסקי    | שם פרטי: סימה             |
| ת.ז.: 300598935         | תל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ                    |
| תלפון: 0526105836       | סימה                      |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | מיקוד 3849051             |
|                         |                           |

### מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/06/2023 עד תאריך - 01/12/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

04/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.





122390

קוד הפניה: 277448683

טלפון: 04-6305666

פקס: 073-2132406

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

ד"ר שנטל אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

|                                |                      |                   |                           |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986             | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הרברט סמואל 17/19, חדרה | מיקוד: 3836277       |                   |                           |

## אחות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

| סוג טיפול           | דרך מתן | שם תרופה | מינון למתן | פעמים ביום | תדירות  | משך טיפול | סה"כ | הערות |
|---------------------|---------|----------|------------|------------|---------|-----------|------|-------|
| זריקה תוך שרירית IM | להזרקה  | ABITREN  | 75 mg      | 1          | חד פעמי |           | 1    |       |

מטופל – הנחיות

| סוג טיפול           | הנחיות                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| זריקה תוך שרירית IM | לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול. |



\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

23/06/2022 17:19

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2022 עד תאריך - 20/12/2022

בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,

עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555\* או ל 1-700-50-53-53

תאריך: 16/04/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027859



קוד הפניה: 320093393

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

ד"ר ליזרוביץ סורל

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחה ברפואת ילדים

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             |                           |
| שם משפחה: קובלקובסקי    | שם פרטי: סימה             |
| ת.ז.: 300598935         | טלפון: 0526105836         |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ                    |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| 0300598935              | מיקוד 3849051             |

### התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: לאחר תאונת דרכים בחודש 06-2022 עם מנגנון של WHIPLASH.

נבדקה במיון הלל יפה.

מעקב אורטופדי, טיפול פיזיותרפיה ורפואה משלימה.

עדיין כאבים בגב עליון וגפיים עליונות ותחתונות.

הפניה למרפאת כאב.

ממצאים: אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.

החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.

ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה:



- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post
- BACKACHE
- LIMB PAIN Bi-Lateral UPPER & LOWER

מעשנת: לא

- VEGETARIANISM (2018)

בעיות ידועות:

רגישויות: VENOFR - 04/07/2019 - פריחה גרוד

רגישויות לתרופות: נפיחותפריחה מגרדת - ETOPAN - 16/04/2023

NEXIUM 40MG X 28 1X1X84  
RITALIN 10MG X 30 3X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעת אבחנתית וטיפולית

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

16/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/04/2023 עד תאריך - 13/10/2023

תאריך: 05/09/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



027859

ד"ר ליזרוביץ סורל

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחה ברפואת ילדים

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13

|                         |                      |                   |                           |
|-------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:             | שם משפחה: קובלקובסקי | שם פרטי: סימה     | ת.ז.: 300598935           |
| ת.לידה: 28/12/1986      | מין: נ               | טלפון: 0526105836 | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה | מיקוד: 3849051       |                   |                           |

### תמצית הביקור מתאריך 05/09/2023 בשעה 07:15

תאריך הביקור: 05/09/2023

| מקור המידע               | הערות                |
|--------------------------|----------------------|
| בקשות מהאתר - מענה הרופא | הטפסים הופקו לבקשתך. |

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

### תרופות שנרשמו בביקור:

| שם התרופה         | מינון והוראות מרשם                                          | שמות החלופות                                                                                |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| RITALIN 10MG X 30 | לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים | TAB. REPHENIDATE 10MG X 30 < 4 OP > [ 12920 ]<br>* TAB. RITALIN 10MG X 30 < 4 OP > [ 1908 ] |

002507348621





התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-6305650

פקס: 04-6221410

כתובת: הלל יפה 13, חדרה

|                         |  |                      |  |                   |  |                           |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:             |  | שם משפחה: קובלקובסקי |  | שם פרטי: סימה     |  | ת.ז.: 300598935           |  |
| ת.לידה: 28/12/1986      |  | מין: נ               |  | טלפון: 0526105836 |  | טל.עבודה/נייד: 0526105836 |  |
| כתובת: הקידה 15/8, חדרה |  | מיקוד: 3849051       |  |                   |  |                           |  |

**תשובת יועץ**

בבדיקה שנעשתה ב: 10/09/2023

עקב: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39 רדימות לסירוגין ביד שמאל בזרת. כאבים בצוואר  
EMG (ד"ר קפלן)-MILD CHRONIC CERVICAL POLYRADICULOPATHY

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37 רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08 אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07 רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי בידיים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39 רגישות על C7 אין הגבלה בתנועות הצוואר. כאב ברוטציה לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 וחלק אולנרי וולארי כף יד שמאל. אין חסר נירולוגי אחר.

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

MUSCOL 20TAB - {1 X 2 (למשך 10 ימים)}

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: כאבים בצוואר, כשנה לאחר תאונת גרמים. ללא שיפור משמעותי עם פיזיותרפיה. חסר תחושה באצבע 5 יד שמאל, ב EMG פוליניורופתציה קלה ללא ממצא ספציפי לאיזור זה. מתשך טיפול אלטרנטיבי ופיזיותרפיה.

10/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

| <b>"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ</b><br>מכוני ספונדופיה, אולטרא-סאונד, דופלר, רנטגן כללי<br>E.E.G E.M.G |                                                                            |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>קריית-אונד</b><br>שלמה המלך פינת חורד<br>הקניון החדש<br>קומה א'<br>טל: 03-5358801/2/3                      | <b>חדרה</b><br>חלל יפת 11<br>טל: 04-6221125<br>פקס: 04-6338757             | <b>פתח-תקוה</b><br>נוודא 30<br>טל: 03-9347891<br>פקס: 03-9315658                |
| <b>בני-ברק</b><br>עזרא 11<br>קומה א'<br>טל: 03-5358801<br>פקס: 03-9315658                                     | <b>נתניה</b><br>דוד רמז 13<br>קומה א'<br>טל: 09-8320306<br>פקס: 09-8341358 | <b>ראש-העין</b><br>שלים שבזי 26<br>קומה א'<br>טל: 03-5284986<br>פקס: 03-9030226 |

תאריך ביקור: 15/08/2023

שם משפחה: קובלקובסקי עיר/יישוב: חדרה תיק מס': 821303

שם פרטי: סימה שילוב מסמך ע"י: קובי 09:12

מספר זהות: 300598935 גורם מבטח: שרותי ב. מכבי סניף:

ת. לידה: 28/12/1986 מין: נ רופא מפנה: הינמן שמואל ר. רופא מפנה: 34356



Department of Clinical Neurophysiology

EMG Mammograph LTD

Dr. Kaplan

Phone: 03-9347891 Fax: 03-9315658

Name ..... Sima kovalkovski  
ID ..... 300598935  
Sex ..... Female  
Age ..... 37  
Techn .....  
Physician .....  
Diagnosis .....

Height ..... 0  
Birth date ..... 01/01/86  
Report date ..... 15/08/23  
Invest. date ..... 15/08/23  
Invest. nr ..... 00172370

Conclusion : Normal NCS of the LT upper limb, including F-waves. No evidence of any neuropathy  
Upper limbs EMG findings are compatible with mild chronic cervical polyradiculopathy

| MOTOR NERVES:   | Lat<br>[ms] | SD   | Amp<br>[µV] | SD   | CV<br>[m/s] | SD   | Amp%<br>[%] | SD   | F<br>[ms] | SD  |
|-----------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-----------|-----|
| Left Medianus   |             |      |             |      |             |      |             |      | 24.8      | 0.8 |
| Wrist - apb     | 2.6         | -0.1 | 7.0         | -1.2 |             |      |             |      |           |     |
| Ab Elb - Wrist  | 6.9         |      | 7.0         | -1.2 | 51.2        | -1.9 | 1           | -0.0 |           |     |
| Left Ulnaris    |             |      |             |      |             |      |             |      | 25.1      | 1.0 |
| Wrist - ADM     | 2.5         | -0.6 | 10.3        | -0.4 |             |      |             |      |           |     |
| Be Elb - Wrist  | 5.8         |      | 10.7        | -0.3 | 66.7        | -0.3 | 4           | 0.3  |           |     |
| Ab Elb - Be Elb | 6.8         |      | 16.4        | -0.4 | 50.0        | -1.3 | 3           | -0.4 |           |     |
| SENSORY NERVES: | Lat<br>[ms] | SD   | Amp<br>[µV] | SD   | CV<br>[m/s] | SD   | Amp%<br>[%] | SD   |           |     |
| Left Medianus   |             |      |             |      |             |      |             |      |           |     |
| dig II - Wrist  | 2.9         | 0.1  | 7.4         | 0.4  |             |      |             |      |           |     |
| Left Ulnaris    |             |      |             |      |             |      |             |      |           |     |
| dig 5 - Wrist   | 2.7         | 0.5  | 41          | 0.1  |             |      |             |      |           |     |



ד"ר קפלו מרק

מומחה ברפואה נייקולית וטיקום EMG  
מאז 1987 עד היום

רופא/ה בודק/ת: ד"ר קפלו מומחה בשיקום

רישיון רופא בודק: 27752 רשיון מומחה: 26987

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 תשמי"א-1981

אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.  
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, לכן 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



שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

0251245099

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף

הודפס בתאריך: 12/09/2023 15:42  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים אונליין

דף 36

הדפסת תיק מטופל  
קובל קובסקי סימה; ת.ז.: 300598935; גיל: 36.8

היד. קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור חלקי.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07

עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי. התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

בביקור בתאריך 10/09/2023 בשעה 16:57:39

רדימות לסירוגין ביד שמאל בזרת. כאבים בצוואר  
EMG (ד"ר קפלן)-MILD CHRONIC CERVICAL POLYRADICULOPATHY

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37

רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08

אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין. הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07

רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נוירולוגי בידיים למעט תחושה מופחתת באצבע 5 יד שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

0241772418

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37  
ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה. פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי  
דם ברגליים ובעכוז. כאבים החמירו מאז.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08  
עדיין כאבים בצוואר, סחרחורת. נימול אצבע 5 יד שמאל ולעיתים גם צד אולנרי של כף היד.  
קורה במשך היום, בנהיגה. מתקשה לבצע תנועות ביוגה. מטופלת בדיקור עם שיפור  
חלקי.

הודפס בתאריך: 12/09/2023 15:42  
הודפס ע"י: הדפסת תיקים\_אונליין

דף 35

הדפסת תיק מטופל  
קובל קובסקי סימה; ת.ז.: 300598935; גיל: 36.8

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07  
עדיין כאבים בצוואר, המשך רדימות ביד שמאל בזרת וצד אולנרי.  
התקף אלרגיה לאחר טיפול באתופן.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל



ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 19:29:37  
רגישות עמוד שדרה צווארי, רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין. הגבלה ניכרת בכל  
תנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי ברגליים.

בביקור בתאריך 22/11/2022 בשעה 09:10:08  
אין כעת רגישות בעמוד השדרה. רגישות שריר טרפזיוס שמאל, פחות מכך גם מימין.  
הגבלה ברוטציה של הצוואר לשמאל. תחושה מופחתת אצבע 5 שמאל. כוח שרירים  
אולנריים שמור. טינל חיובי על תעלה קוביטאלית.

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:50:07  
רגישות מעבר צווארי-גבי. הגבלה קלה בתנועות הצוואר. אין חסר נירולוגי בידיים למעט  
תחושה מופחתת באצבע 5 שמאל. טינל שלילי על תעלה קוביטאלית.

| הערה | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|------|-----|-----|-----------------|
|      |     |     | WHIPLASH INJURY |

| הערות                               | בדיקות/הפניות         |
|-------------------------------------|-----------------------|
| מכון פיזיותרפיה                     | בתוקף עד - 01/12/2023 |
| הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה | בתוקף עד - 02/09/2023 |
| E.M.G                               | בתוקף עד - 01/12/2023 |

נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 86 עד 86)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום  
בכפר סבא

יאיר גיוילי ואח' - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, יאיר גיוילי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הנורולוגי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים הלל יפה ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובע

נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים - התובעת 2

(עמודים 88 עד 88)



**תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986**

טופס 1

(תקנה 2)

**בקשה למינוי מומחים רפואיים**

ת.א. 23/

בבית משפט השלום  
בכפר סבא

יאיר גיוילי ואח' - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, סימה קובלקובסקי, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום רפואת הכאב ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים הלל יפה, במסגרת ביקור רופא ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובעת

נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר-התובע 1

(עמודים 90 עד 93)



**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית**

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

שם משפחה גל שם פרטי ישי תעודת זהות 32416985 שם האב \_\_\_\_\_

רחוב הר שלום מס' 21 עיר יבנה 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 מטעמם 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 הנצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.



למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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 האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 1.10.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יט"ר אל', מס' 3246045, מרחוב ג'ר ע'ד י' 150,  
ת.ז. מס' 3246045, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 22.6.23  
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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 10 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



אריאל פריברג, עו"ד  
מ.ר. 62254

עורד-דין

**תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986**

**תצהיר**

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ יצחק כהן בעל ת.ז. 32816985 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

|        |       |        |       |               |       |
|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

|        |       |         |       |               |       |
|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

X \_\_\_\_\_  
חתימה

**אישור**

אני הח"מ עו"ד אייל פריד מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1/10/23  
הופיעה בפני יצחק כהן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 32816985  
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אביאל פריד, עו"ד

חתימת עורך הדין

נספח 7 :

יפוי כח וסר ותצהיר התובעת 2

(עמודים 95 עד 98)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |         |            |        |
|----------|---------|------------|--------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
| קליין    | ס' ר'י  | 30059935   |        |
| רחוב     | מס'     | עיר        | מיקוד  |
| 4/23     | 4       | הזרה       | 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 מרפאיהם 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 מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם 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 מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.



למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_  
רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
X \_\_\_\_\_ (במקרה של קטין - חתימת הציטורפוס) מ.ר. 62254

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 300591935 מס', קמלק/יסק מרחוב, 22.6.23 ת.ז. מס' 22.6.23 להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 22.6.23 נגד 22.6.23 בענין תאונת דרכים מיום 22.6.23 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.



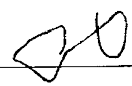
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 1 לחודש 10 שנה 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



גל פרינברג, עו"ד

מ.ר. 62254  
עורך-דין

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ס' ג' קז'קוסק בעל ת.ז. 300597935 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

|        |       |        |       |               |       |
|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

|        |       |         |       |               |       |
|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

X \_\_\_\_\_  
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרידמן מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.10.23  
הופיעה בפני ס' ג' קז'קוסק (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 300597935  
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל פרידמן עו"ד  
חתימת עו"ד הדין