

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

17.10.19

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 3
רמת גן

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: **תאונה מיום 26.10.18**
מס' רכב: 92-351-01
הנפגעת: פלורה רביבו, ת.ז. 67198069

הנני מייצג את מרשתי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 26.10.18, בשעה 09:30 או בסמוך לכך, בשדרות ח"ן, בתל אביב, נחבלה מרשתי עת דלתות האוטובוס הנושא מ.ר. 92-351-01 (להלן: "**הרכב**") נסגרו על ראשה וצווארה ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב אישור משטרה וקבלה בגין תשלום נסיעה, מסומנים "1 - 2"

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במסגרת קופת החולים, שם אובחנה חבלות בצוואר ובגב עם כאבים והגבלה בתנועות בצוואר. לאחר קבלת טיפול רפואי שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה לנטילת תרופות לשיכוך הכאב, נוגדי דלקת ומנוחה

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "3 - 6".

3. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, המשיכה מרשתי במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנתה לביצוע המשך מעקב רפואי, בדיקת הדמיה והמשך נטילת תרופות לשיכוך הכאב ונוגדי דלקת.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "7 - 9"

4. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה בתנועות הצוואר הוצע לה לקבל זריקת סטרואידים להפגת הכאב ושחרור ההגבלה, כמו גם, הומלץ לה על ביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב רפואי, טיפול תרופתי ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 14".

5. מאז התאונה, סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, מכאבי ראש, סחרחורות, מהתקפות כאב עזות המגבילות את תפקודה מקושי בהירדמות ושינה כאובה ולא רציפה והטיפולים בה צפויים להימשך בעתיד.

6. מאז התאונה מוגבלת מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים לקביעת נכותה, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 45,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

8. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



טופס מידע על נתוני תיק וזמנת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: יחידת בוחנים מחוז דא
תאריך: 29/10/2018 כ' חשוון תשע"ט 10:37
מס' תיק מסוף: 1 - 2018 - 16583 - 2008
טלפון: 03-6802222
כתובת: ארץ 2, תל אביב
נושא המסמך:
מספר תיק סלא: 480125 / 2018
סיווג תיק: חז
מס' הסמך בתיק: א
פקס: 03-6803607
מייל: yohanini.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 26/10/2018 בשעה 09:30
2. מקום התאונה: תל אביב - יפו, רחוב שדרות ח'ן, בכביש עירוני
הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב: 9235101
סוג רכב: אוטובוס ציבורי עירוני
חברת ביטוח: הראל
תוצר רכב: מאן גרמניה
סוג לוחית: ישראלית
מספר כול"ס: 315031107483

מעורבים ברכב

1. שיוך המעורב: ת.ז. 513183046
נהג: דן חברה לתחבורה ציבורית ב
שנת לידה: קופ"ח / בית חולים
חומרת הפגיעה: קופ"ח כללי

2. שיוך המעורב

שם: פלורת רביט
ת.ז.: 87198069
שנת לידה: 21/10/1954
חומרת הפגיעה: קופ"ח / בית חולים
קופ"ח כללי

4. פרטי הולכי רגל

5. כמות נפגעים: 1

מצב התיק: בחקירה מתאריך: 29/10/2018

פרטי הנוסע בתיק

מ"א: 1141969
שם משפחה: גוני
שם פרטי: אביבה

פרטי הנוסע השני

מ"א: 1141969
דרגה: גוני
שם פרטי: אביבה

נסיעה טובה ב"דן"

רכב 09235101

נהג 109493

אישור רכישה

חופשי יופי

יופי גוש דן ו

ש"ח 6.50

04

26/10/18 10:03

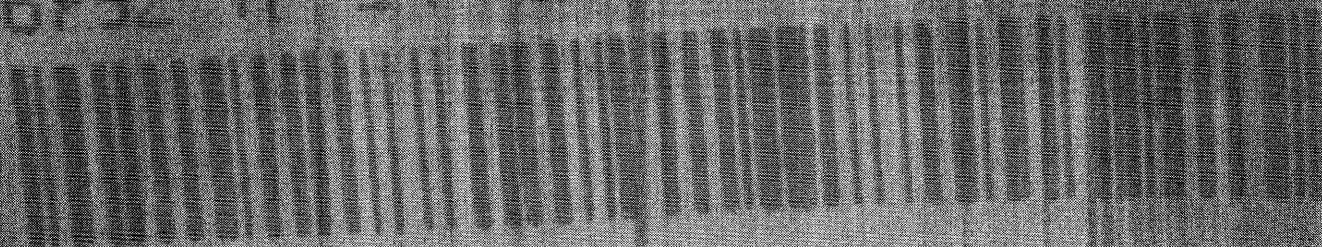
בתוקף 26/10/18-1 עד 26/10/18

0914 מס סידורי

6792 מספר 17-1P

1744 מבשר

141 שיתוף



מחוז: ת"א

תאריך 8/10/2018

פרטי המטופל

רביבו פלורה

שם משפחה ושם פרטי

תל אביב - ישוב

שולמן רחוב

מס זכות 00-06719806-9

גיל 64.00

מין ז

ת.ל.ידה 21/10/1954

מספר 54 - 9553577

טלפון נוסף

מס בית 7 / 28

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 26/10/2018

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/10/2018

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 26/10/2018

תלונות/סיבת הפניה: לידת פרס, טחן, עלתה ב-1965, נ+3, שאת בכד, יש צנור היקמן בחזה ימני, שכלה בן משאת ימנית דומיננטית, עשון חפיסה וחצי ביום, טיפלה בילדים מ-70 ג-165 שלשום נחבלה בצוואר מסגירת דלתות אוטובוס, ללא אובדן הכרה או חקאות, לא צולמה, צ עמשע מהיום - יישור לורדוזיס, ציר סגסיל תקין שיניים ניוניים ב C 6-7

רגישות עורפית מרכזית ותחתונה משמאל, הגבלה פזורה בתנועה

קוד	אפיון	אבחנה
9599	neck	RY TRAUMATIC

דין/תוכנית טיפולית: נגד דלקת לעת קצרה, משככי כאב, בקרת לפי הצורך

הפניות	הפניה לדמיות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות סטטוס
78-184	צילום עמוד שדרה צווא	H3	הודפס	

תרופות בביקור	עו	ח	ק	נ	OP	סרטי משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
MUSCOL TAB CF	1	0	N	0	יחידה	20	D 10	2	טבליות	TAB	1
ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG	1	0	N	0	יחידה	20	D 10	2	טבליות	TAB	1

תאריך	ת.ל.ידה	טיפול מחזורי	עין	תרופה
				MUSCOL TAB CF ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

ד"ר זאב אשכול
 מרפאה
 25770

25770

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

גיל המטופל 64.00

תאריך ביקור 28/10/2018

סוג ביקור 1 תאונת דרכים

מחוז הביקור רגיל

תאריך תאונה 26/10/2018

תלונות/סיבת הפניה: ילדת פרס. טהרן, עלתה ב-1965, נ+3, שאת בכבד, יש צנרת היקמן בחזה ימני. שכלה בן משאח ימנית דומיננטית, עשון חפיסה וחצי ביום, טיפלה בילדים. מ-70, ג-165. שלשום נחבלה בצוואר מסגירת דלתות אוטובוס. ללא אובדן הכרה או הקאות. לא צולמה. צעמשע מהיום - יישור לורדוזיס. ציר סגילי תקין. שיניים ניווניים ב C 5-6-7. חבלה בכף יד שמאל מעגלת מרכז לפני כשנה, נשללו שברים. עדין כאב מקומי.

בדיקה מופנית: רגישות עורפית מרכזית ותחתונה משמאל, הגבלה פזורה בתנועה. רגישות ותפוחות בגב MCPJ 2,3 משמאל. הגבלה בינונית בקמיצת אגרוף

ממצאים ותכנית אבחנתית

קוד	אסין	אבחנה
9599	neck	INJURY TRAUMATIC
9599	lt hand	INJURY TRAUMATIC

דיון/תוכנית טיפולית: מגד דלקת לעת קצרה, משככי כאב, בקרת לפי הצורך

הפניה לרימות	הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט
		78184-צילום עמוד שדרה צוואר	H3		הודפס	

מ	P	ע	ח	ק	ג	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תדירות
1	P		0	0	0	יחידה	20	10	2	סבילית	TAB	1	נעופה
1	P		0	0	0	יחידה	20	10	2	סבילית	TAB	1	נעופה

USCOL TAB CJ

TOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

מבנה סיכומי יועץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיכום חש
		הודפס ונשלח לדואר מספל ראשוני אליו משוץ המטופל	רגילה

פרטי עדכון

תאריך עדכון 28/10/2018

פא מעדכן: ד"ר זאב אשכול

25770

רשיון

שם מרפאה: מגדל המאה מקצועית

קוד מרפאה: 3288

קוד מחוז: 02

ד"ר זאב אשכול
מזכיר
25770

לשימוש פנימי

058/01/058/01/01



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית 10 שנה
מדינת ישראל

מרשם

גיל 64.00 מין נ

רביבו פלורה
ביקור עקב תאונת דרכים

מס' זהות 00-06719806-9

USCOL TAB CF

111870039

למשך 10 ימים סה"כ 20

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם 27/01/2019 - 28/10/2018

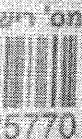
OPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

000074784

למשך 10 ימים סה"כ 20

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם 27/01/2019 - 28/10/2018



מס' מרשם
5770

טלפון: 03-7822300
כתובת: אבן גבירול 124

שם הרופא ד"ר זאב אשכול
תחום: אורתופדיה

חתימה וחוממת הרופא

בדיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית וזה שאושרה על ידי הקופה
לאורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

גיל המטופל:

64.00

תאריך ביקור:

28/10/2018

סוג ביקור:

1 תאונת דרכים

מחוז הביקור:

רגיל

תאריך תאונה: 26/10/2018

תלונות/סיבת הפניה: ילידת פרס, טהרן, עלתה ב- 1965, נ+3, שאת בכבד, יש צנרת היקמן בחזה ימני, שכלה בן משאת, ימנית דומיננטית, עשן חפיסה וחצי ביום, טיפלה בילדים, מ- 70, ג- 165, שלוש נחבלה בצוואר מסגירת דלתות אוטובוס, ללא אובדן הכרה או הקאות, לא צולמה, צעמשע מהיום - יישור לורדוזיס, ציר סגיסלי תקין, שיניים ניוניים ב C 5-6-7, חבלה בכף יד שמאל מעגלת מרכול לפני כשנה, נשללו שברים, עדין כאב מקומי.

בדיקה גופנית

רגישות עורפית מרכזית ותחתונה משמאל, הגבלה פזורה בתנועה, רגישות ותפוחות בגב MCPJ 2,3 משמאל, הגבלה בינונית בקמיצת אגרוף.

ממצאים ותכנית אבחנתית

אפיזון	קוד
neck	9599
ll hand	9599
אבחנה	INJURY TRAUMATIC INJURY TRAUMATIC

דיון/תוכנית טיפולית: נוגד דלקת לעת קצרה, משככי כאב, בקרת לפי הצורך.

הכניה לדימוות	הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרופ' מעג
		78184-צילום עמוד שדרה צווא	H3		הודפס	

עין	P	מ	עין	ח	ק	ג	OP	סה"כ משך	ס	יחידה	הנעה	מנה	תרופה
	1	P		0	0	0	יחידה	20	10	2	TAB	1	MUSCCL TAB CF
	1	P		0	0	0	יחידה	20	10	2	TAB	1	E'OPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

מבנה סיכומי יעץ

סיכום ביקור	סוג סיכום
הודפס ושולח לרופא מספל ראשני אליו משויר המטופל	מסומס
סיכום חשיבות רגילה	סיכום חשיבות רגילה

פרטי עדכון

אריך עדכון: 28/10/2018

פא מעדכן: ד"ר זאב אשכול

רשיון: 25770

קוד מחוז: 02

קוד מרפאה: 3288

שם מרפאה: מגדל המאה מקצועית

לשימוש פנימי

058/01/058/01/01

שם הרופא ד"ר רן גולדשטיין

תחום אורטופד

מספר רשיון 27614

כתובת דרך יצחק רבין 53, קומה 5 - גבעתיים

טלפון 03-7330800

פקס 03-7330801

מרפאה: קניין גבעתיים מחוז: דן-פ"ת

תאריך 27/11/2018

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
רביבו פלורה					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	מסור
שולמן	00-06719806-9	7 / 28	64.01	21/10/1954	612692 - 3
תל אביב - ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון: 003

תאריך תאונה 26/10/2018

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 36914090136

גורם שולח



6914

מספר הפניה



036914090136

תז נבדק



67198069

רשיון רופא



027614

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010

החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/10/2018:

ילידת פרס, טהרן, עלתה ב- 1965, נ+3, שאת בכבד, יש צנתר היקמן בחזה ימני. שכלה בן משאת. ימנית דומיננטית, עשון חפיסה וחצי ביום, טיפלה בילדים. מ - 70, ג - 165. שלשום נחבלה בצואר מסגירת דלתות אוטובוס. ללא אובדן הכרה או הקאות. לא צולמה. צעמשצ מהיום - יישור לורדוזיס, ציר סגיטלי תקין. שינויים ניווניים ב- C 5-6-7. חבלה בכף יד שמאל מעגלת מרכול לפני כשנה, נשללו שברים. עדין כאב מקומי. 27/11/2018

ממצאים עיקריים

עש צווארי רגישות בכיפוף ובהטיית הצוואר לצדדים רגישות פארברטבראלית ללא אודם או נפיחות כוח גס שמור ללא חסר ניורולוגי ספרלינג שלילי

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9599	neck	INJURY TRAUMATIC
8470		WH PLASH INJURY

2 ה.ה.ר.

הפניה לדימות

רביבו פלורה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 3

27/11/2018

00-06719806-9 הודפס ע"י ד"ר רן גולדשטיין

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2002		SMOKER HEAVY *
01/04/2002		VARICOSE VEINS OF LEGS
01/05/2002	LT LEG	VARICOSE VEINS
01/06/2003		STRESS INCONTINENCE FEMALE
01/09/2004		DUB HEMOSTATIC CURETTAGE 2004/09 LIS
01/11/2005		LT KNEE ARTHROSCOPY 2005/10 ICHILOV
01/11/2005		OSTEOARTHRITIS MFL GRADE 3 2005
01/11/2005		OSTEOATRITIS PATELLA GRADE 2
01/04/2007		ROAD ACCIDENT ER ICHILOV 2007/12/04
01/08/2007		GRAGE 3 MFC GR 2 PATELLA- AVN MTP LT KNNE
01/08/2007		ANKLE RT PAIN
01/08/2007		OSTEOARTHRITIS OF RT ANKLE AND FRACTURE RT TALUS
01/08/2007		TENDINITIS PERON. RT ANKLE
01/02/2008		EXSOSTECTOMY RT ANKLE ICHILOV 2008/02
01/08/2009		HYPOTHYROIDISM
01/07/2010	2010	CONTUSION OF RT SHOULDER AND RT FOOT
01/12/2010		FAT PAD SYNDROME FOOT RT
01/12/2010		TENDINITIS SPRAIN ANKLE RT SHOULDER RT
01/12/2010		CARPAL TUNNEL SYNDROME LEFT
01/12/2010		S/P DECOMPRESSION ANKLE RT
01/12/2010		FRACTURE OF TALUS BILAT. AVN
01/12/2010		CONTUSION KNEE BILATERAL
01/02/2011		FAT PAD SYNDROME FOOT RT
01/02/2011	RT	ROTATOR CUFF SYNDROME
01/02/2011		CARPAL TUNNEL SYNDROME LT
01/02/2011		S/P DECOMPRESSION RT ANKLE
01/01/2012		OSTEOARTHRITIS LOCALISED SECONDARY
01/01/2012	RT	OSTEOARTHRITIS LOCALISED ,SENSORY, INVOLVING ANKLE
01/01/2012	ICHILOV	ARTHRODESIS/FUSION OF SUBTALAR JOINT RT 19/12/2011
01/02/2012		S/P RT SUBTALAR ARTHRODESIS ICHILOV 2011/12
01/04/2012		OBESEITY
01/12/2013		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/12/2013		VITAMIN D DEFICIENCY
01/01/1972		SMOKER
02/04/2017		JAUNDICE OBSTRUCTIVE
10/02/2017		CHOLANGIOCARCINOMA
23/01/2018	Rt	FRACTURE HIP
23/01/2018		FALLS RECURRENT

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
KIWI MANGO	URTICARIA	המטופל
ALGOLYSIN FORTE	URTICARIA	המטופל

2 ה.ה.ר.

הפניה לדימות

רביבו פלורה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/11/2018

00-06719806-9 הודפס ע"י ד"ר רן גולדשטיין

ד"ר גולדשטיין רן
 אורחות מנהל
 27614 מתמ 24212



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 64.11 מין: נ

רביבו פלורה
ביקור עקב תאונת דרכים

מס' זהות: 00-06719806-9

PERSKINDOL ACTIVE GEL 100ML CF

000084092

למשך 20 ימים סה"כ 1 DP

להשתמש x 1 ביום

תוקף מרשם: 02/01/2020 - 03/10/2019

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

למשך 24 ימים סה"כ 24 יח

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

קפלויות x1 1 ביום

תוקף מרשם: 02/01/2020 - 03/10/2019

מס' רישיון



טלפון: 03-7622300
כתובת: אבן גבירול, 124

שם הרופא ד"ר ליווי יוליוס מ קלמן
תחום: מרפאת כאב

חתימה והותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה
לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב
מחוז: ת"א

03/10/2019 תאריך

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בנפוף לסל השיחות)

פרטי המטופל	00-06719806-9	21/10/1954	מסור
רביבו פלורה	שם משפחה ושם פרטי	ת. לידה	שם האב
תל אביב - י	שולמן	54 - 9553577	54 - 9553577
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון נוסף
	מס בית		

26/10/2018 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288096926

33288096926

תז נבדק



67198069

רשיון רופא



019991

מספר הפניה:

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/02/2019:
כאבים צוואר אחרי סגירת דלת של אוטובוס על הצוואר. לא בוצע פיזיותרפיה.
מטפת אצמית בבית עם תזוזה צוואר וראש, מים חמים, עיסוי. מעשנת כ
30-40 סגירות ליום. מתהלכת עם מקל הליכה בגלל שבר באגן. מטופלת
אצמית כנביס, מקבל רפואית לאחר ניתוח כבד.
03/10/2019: כאבי צוואר, מעשנת כ 20 סגירות ליום,

סימנים חיוניים: גובה 153 24/09/2019 משקל 72 24/09/2019 bmi 30.76

לחץ דם 130 / 90 16/07/2019

דופק 84 31/01/2018

14/07/2019 מתאריך 94.12 eGFR

NYHA: 1 עודכן ב 05/01/2014

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/04/2002		SMOKER HEAVY *

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 3 ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר ליוני יוליוס מ קלמן 00-06719806-9

רביבו פלורה

מ.גילוי	איפיון	בטיח
01/04/2002		VARICOSE VEINS OF LEGS
01/05/2002	LT LEG	VARICOSE VEINS
01/06/2003		STRESS INCONTINENCE FEMALE
01/09/2004		DUB HEMOSTATIC CURETTAGE 2004/09 LIS
01/11/2005		LT KNEE ARTHROSCOPY 2005/10 ICHILOV
01/11/2005		OSTEOARTHRITIS MFL GRADE 3 2005
01/11/2005		OSTEOARTHRITIS PATELLA GRADE 2
01/11/2005		ROAD ACCIDENT ER ICHILOV 2007/12/04
01/04/2007		GRADE 3 MFC GR 2 PATELLA- AVN MTP LT KNEE
01/08/2007		ANKLE RT PAIN
01/08/2007		OSTEOARTHRITIS OF RT ANKLE AND FRACTURE RT TALUS
01/08/2007		TENDINITIS PERON RT ANKLE
01/08/2007		EXSOSTECTOMY RT ANKLE ICHILOV 2008/02
01/02/2008		HYPOTHYROIDISM
01/08/2009		CONTUSION OF RT SHOULDER AND RT FOOT
01/07/2010	2010	FAT PAD SYNDROME FOOT RT
01/12/2010		TENDINITIS SPRAIN ANKLE RT SHOULDER RT
01/12/2010		CARPAL TUNNEL SYNDROME LEFT
01/12/2010		S/P DECOMPRESSION ANKLE RT
01/12/2010		FRACTURE OF TALUS BILAT. AVN
01/12/2010		CONTUSION KNEE BILATERAL
01/12/2010		FAT PAD SYNDROME FOOT RT
01/02/2011		ROTATOR CUFF SYNDROME
01/02/2011	RT	CARPAL TUNNEL SYNDROME LT
01/02/2011		S/P DECOMPRESSION RT ANKLE
01/02/2011		OSTEOARTHRITIS LOCALISED SECONDARY
01/01/2012		OSTEOARTHRITIS LOCALISED, SENSORY, INVOLVING ANKLE
01/01/2012	RT	ARTHRODESIS/FUSION OF SUBTALAR JOINT RT 19/12/2011
01/01/2012	ICHILOV	S/P RT SUBTALAR ARTHRODESIS ICHILOV 2011/12
01/02/2012		OBESITY
01/04/2012		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/12/2013		VITAMIN D DEFICIENCY
01/12/2013		SMOKER
01/01/1972		JAUNDICE OBSTRUCTIVE
02/04/2017		CHOLANGIOCARCINOMA
10/02/2017		FRACTURE HIP
23/01/2018	Rt	FALLS RECURRENT
23/01/2018		

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
המטופל	URTICARIA	KIWI MANGO
המטופל	URTICARIA	ALGOLYSIN FORTE

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LAXADIN 5MG (30) TAB 5MG	1	טבליות	1	ביום
BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200	10	טיפות	1	ביום
VENLAFAXINE HYDROCHLO TAB 37.5 37	1	טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE TAB 1500MG 600m	1	טבליות	2	ביום
VITAMIN D3 TAB 400UNIT 400UNIT	1	טבליות	3	ביום
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG	1	טבליות	1	ביום

ס.ה.ר 7

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פזיורתפיה

הודפס ע"י ד"ר ליוני יוליוס מ קלמן 00-06719806-9

ממצאים קליניים

ממצאים מתאריך 20/02/2019:
כאבי צוואר למרות שיכולה לזוז צוואר בכל הכיוונים ללא הגבלה.
CT12.2018-ניוון דיסק וגם עיבוי ליג פלווה C3-4-5 לוחץ שמאל ; ניוון דיסק
לוחץ ימין C5-6 ; ניוון דיסק ב-6
03/10/2019: כאבים צוואר , הוסבר על אפשרות של זריקה סטרואידים , מעונינת
על טיפול בכדורים ומשכות .

מטרת הבדיקה: בדיקה מחודשת , טיפול והמלצה לטיפול המשך

הערות: טיפול בכאב כרוני

ד"ר ליווין יוליוס מ קלמן

19991

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

גיל המטופל: 64.11

תאריך ביקור: 03/10/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה 26/10/2018

תלונות/סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/02/2019:
כאבים צוואר אחרי סגירת דלת של אוטובוס על הצוואר. לא בוצע פיזיותרפיה.
מטפת אצמית בבית עם תזוזה צוואר וראש, מים חמים, עיסוי. מעשנת כ 30-40
סיגריות ליום. מתהלכת עם מקל הליכה בגלל שבר באגן. מטופלת אצמית כנבים,
מקבל רפואית לאחר ניתוח כבד.
03/10/2019: כאבי צוואר, מעשנת כ 20 סיגריות ליום,

סימנים חיוניים

גובה: 153 נמדד ב: 24/09/2019

משקל: 72 נמדד ב: 24/09/2019

BMI: 30.76

לחץ דם: 90 / 130 נמדד ב: 16/07/2019 דופק: 84
נמדד ב: 31/01/2018

מתאריך: 14/07/2019 eGFR: 94.12
NYHA: 1 עודק ב: 05/01/2014

MUAC: 3 ס"מ נמדד ב: 15/05/2017 BMI מוערך: BMI<20

ממצאים: ממצאים מתאריך 20/02/2019:
כאבי צוואר למרות שיכולה לזוז צוואר בכל הכיוונים ללא הגבלה.
CT12.2018-ניוון דיסק וגם עיבוי ליג פלווה C3-4-5 לוחץ שמאל; ניוון דיסק לוחץ
ימין C5-6; ניוון דיסק ב-6-7
03/10/2019: כאבים צוואר, הוסבר על אפשרות של זריקה סטרוידיים, מעונינת על
טיפול בכדורים ומשכות.

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
7220		CERVICAL DISC DISPLACEMENT

דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה וטיפול תרופתי

הפניה לפיזיותרפיה	הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדו
		80015-פיזיותרפיה אבחון נב	H9		הודפס	

מחזורי	עין	P	m	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
		1	P		0	ר	א	אריזה	1	20	E	1	GEL		PERSKINDOLACTIVE GEL 100ML CF
		1	P		0	ר	א	יחידה	24	24	E	1	CPL	1	PROKACET PLUS CAP (D) CF

פעולות	קוד	כמות
851 פתיחת תיק	851	1

סיכום והמלצות: פיזיותרפיה עצמית לפי הדרכה.
לשקול זריקה סטרוידיים פרהספינלית.

הערות: ביקור חוזר בעוד 3 חודשים.

מבנה סיכומי יועץ	סטטוס	סיווג חשיבות
סוג סיכום	נשלח לרופא בטל ראשוני אליו משויר המטופל	רגילה
סיכום ביקור		

סיכום ישלח אוטומטית

פרטי עדכון

שם מרפאה: מגדל המאה מקצועית
קוד מרפאה: 3288
קוד מחוז: 02

תאריך עדכון: 03/10/2019
רופא מעדכן: ד"ר ליווי יוליוס מ קלמן
מס רשיון: 19991
מקצוע המעדכן: 35 מרפאת כאב

שימוש פנימי

035/01/035/01/01

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם האב _____	תעודת זהות 067198069	שם פרטי דניאל	שם משפחה רזי
טלפון _____	מיקוד _____	עיר תל אביב	מס' 7/25
		רחוב 10/11	

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____			
רופאים: _____	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות: _____	1. _____	2. _____	3. _____
	4. _____	3. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 4.10.19 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
עו"ד אריאל פרייברג חתימה: _____
מס' רשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____	שם פרטי ושם משפחה _____	חתימה _____
----------------	----------------------------	----------------

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, מר חוב, 25/25 1069 1069
ת.ז. מס' 1069 1069 1069
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו 1069 1069 1069
נגד 1069 1069 1069
בענין תאונת דרכים מיום 1069 1069 1069
להיות באי כוחי במשפט של 1069 1069 1069
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, ואו 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 ואו 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 ואו בהעדר.
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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.

ולראיה באתי על החתום

חתימה: ר' נ' ב' ז' א'

~~עורך-דין~~