

תאריך חתימת המסמך : 16.9.24

התובעים :
1. צורי אלפונסו עידן, ת"ז 055597045
2. רחל עידן, ת"ז 055361406
מרחוב בר יהודה 8, קריית אונו, 5540404.
טלפון : 053-7606454

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעים :
1. צורי אלפונסו עידן, ת"ז 055597045
מרחוב בר יהודה 8, קריית אונו, 5540404.

2. הראל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן.
טל' : 03-7547709 ; פקס : 03-7348177
דוא"ל : TVIOT.HOVA@harel-ins.co.il



כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פל"ד

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

סכום האגרה : 791 ₪ (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 תגישו 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, יליד 15.07.1958 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הנהג ברכב הנושא מספר רישוי 530-53-402 (להלן: "**הרכב**").
2. התובעת 2, ילידת 16.12.1958 הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו 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.

רצ"ב טופס דיווח על תאונה, פרטי הרכב ותמונות, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובעים 1 - 2 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשים התובעים בביצוע עבודתם ועיסוקיהם 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 להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 14.8.2023, בסביבות השעה 16:00, או בסמוך לכך, בכביש 4, בסמוך למחלף אם המושבות, עת נהג ברכב הנושא מ"ר 530-53-402 היה הרכב מעורב בתאונה עם 2 רכבים הנושאים מ"ר 510-11-101 ומ"ר 723-502 והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

התובע 1

9. לאחר התאונה פונה התובע על ידי מד"א למיון שיבא, בתל השומר עם חבלות בראש, בצוואר ובגב, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שכלל דימות שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה ונטילת משככי כאבים.
10. בנוסף לכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, החל התובע לסבול מסחרחורות וחוסר שיווי משקל, הוא פנה לקבלת טיפול רפואי והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי, לביצוע טיפולי פיזיותרפיה לשיקום וסטיבורלי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

11. כמצוות רופאיו, ביצע התובע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין, חוסר שיווי משקל והגבלה בתפקוד והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, המלצה על בדיקת דימות נוספת וטיפול תרופתי לפי הצורך.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והשכמות, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בצידוד והטיה, קושי בריכוז, כאבי ראש, מקושי בהרמה ונשיאה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבים עזים והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
13. התובע מנהל שירות בצ'מפיון אאוטי, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
14. מאז התאונה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
15. בשים לב לפגיעותיו נזקק התובע להוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות ויזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.
- התובעת 2:**
16. צוות מד"א שהגיע למקום התאונה מצא את התובעת חבולה וכאובה, הונח לה צווארון לקיבוע הצוואר ועמוד השדרה, והוחלט לפנותה לבית החולים "שיבא" לקבלת טיפול רפואי, שם אובחנו כאבים בחזה שמקשים על הנשימה, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כאבים בשוק שמאל ובכף יד ימין, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שכלל ביצוע בדיקות הדמיה שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, מנוחה ונטילת משככי כאבים.
17. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים עזים והגבלה ניכרת בתנועות הצוואר והגב, פנתה לקבלת טיפול רפואי בקהילה והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
18. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה צווארי ופיזיותרפיה וסטיבורלית אינטנסיביים. אולם, נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הגבלה בתפקוד וכאב מעיר משינה והיא הופנתה להמשך טיפול.
19. הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב החמירו בנוסף לכאבי ראש וסחרחורות מלוות בבחילות, כולל שני אירועים של נפילה בבית והיא הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה והמשך מעקב רפואי.
20. חרף סדרת טיפולים, התובעת אשר ממשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, היא טופלה במסגרת הקהילה, בין היתר באמצעות זריקות וולטרן



לשיכוך כאב, והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה נוספים ושימוש בתרופות לשיכוך כאב והמשך טיפול במרפאת כאב.

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

21. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מסחרחורות, חוסר יציבות, כאבי ראש, מקושי בכיפוף וכריעה, קושי בעמידה, ישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמת משאות, היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותיזקק להם גם בעתיד.

22. עובר לתאונה הייתה התובעת סועדת את אחותה הסובלת ממצב רפואי המצריך השגחה, טיפול וליווי, מאז התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בהושטת עזרה וסיוע לאחותה, כמו גם, עזרה וסיוע שהייתה מעניקה דרך קבע לילדיה ומאשה כושרה התעסוקתי נפגע והתובעת תטען לפיצוי בגין הגריעה מכושרה זה.

23. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה וטיפול בבני משפחתה היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

24. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

חלק 3

26. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|--|
| 135,500 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 32,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 20,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 12,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ב. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 58,500 ₪ | (5) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 35,000 ₪ | (6) עזרת הזולת בעבר – |
| 14,258 ₪ | (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 8,900 ₪ | (8) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |

ג. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 - 2 פיצוי חולם בגין נזקייהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:



- (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של התובעים 1 - 2, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 - 2.

27. הנתבעת 2 חייב לפצות את התובעים 1 - 2 בהיותו מבטח השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה, לפצות את התובעים 1 - 2 כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית 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
נספח 1: רישיון רכב- טופס הודעה ותמונות (עמודים 8 עד 15)	8
נספח 2: תעודות רפואיות - התובע 1 (עמודים 17 עד 43)	17
נספח 3: תעודות רפואיות - התובעת 2 (עמודים 45 עד 82)	45
נספח 4: בקשה למינוי מומחים - התובע 1 (עמודים 84 עד 84)	84
נספח 5: בקשה למינוי מומחים - התובעת 2 (עמודים 86 עד 86)	86
נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר - תובע 1 (עמודים 88 עד 91)	88
נספח 7: יפוי כח וסר ותצהיר - התובעת 2 (עמודים 93 עד 96)	93



נספח 1 :

רישיון רכב- טופס הודעה ותמונות

(עמודים 8 עד 15)





רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשמית
ונוסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מספר רכב 53053402		סוג M1 פרטי נוסעים		בתוקף עד 15/03/2024	
בעלים		מספר זהות		תאריך תעודה	
צ'מפיון מוטורס בע"מ		51397325-5		16/03/21	
מק"ד 97 בני ברק 51100		תאריך הדפסה		26/02/23	
תאריך רישום		מועד עליה לכביש		03/2021	
16/03/21		מספר שילדה		1	
מקומות ישיבה למסע הנעה		מספר תעודת זהות		999	
סוג דלק		נפח		R17 91 V 205/55	
צמיג קדמי		מספר סמל		R17 91 V 205/55	
צמיג אחורי		צבע		1700	
משקל מול		הנעה		אין	
משקל מורשה		מספר מטלי		4X2	
		רשימת נהיגה מתאים		B	
		רמת אבזור בטיחותי		6	
דרגת זיהום אוויר-מופחת זיהום					
בעלים נוספים:					

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

פנאי-שטח	מרכב	KJ75RZ	דגם	סיאט ספרד	תוצר
3	קבוצת רישוי	FR	רמת גימור	ARONA	מיני מסחרי
קוד	הוראת רישום	חלקי בנ	אבזר	כריות	הפסק (כיס)
00778-0446	20-0216	ק	ק	6	13
110.00 כן					
תנאים והגבלות ומידע נוסף:					



תשלום 26/02/2023 סך 1825.00 ש"ח; פטור ממבחן שנתי
רשומון יבוא 143842450

**** סך 1825.00 ש"ח; 26/02/2023

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברישיון שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני 5676*



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

53053402-24-1

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי
רכב חדש פטור ממבחן שנתי



מספר הרכב
53053402-24-1

צ'מפיון מוטורס בע"מ
ת"ד 97
בני ברק 51100

**** סך 1825.00 ש"ח; 26/02/2023

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

הודעה על תאונת רכב (110.0)

וא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

זאת המדווחת: ☐ פרטי ☐ חברה ☐ אישור אי-הגשה

חסי' פקס תביעות: 03-7348177

tvot.hova@hare-ins.co.il :ל"א17

מס' הפוליסה		סוג הביטוח		שם הסוכן	
מס' רישוי		תוצר ודגם		שנת ייצור	
שם המבוטח		מס' ת.ג.		סוג הרכב	
				☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר	
רחוב		מס'		ישוב	
טלפון בית		טלפון נייד		פקס	
דואר אלקטרוני		Email			

פרטי הגנה (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)		שם הגנה		מס' ת.ד.		תאריך לידה		מין	
רז אל		9		1630180219		19.11.77		ז	
רחוב		מס' 7		ישוב		מס' 45284		מס' 45284	
כרכם		טלפון בית		טלפון נייד		האם נהג ברשות מבוסס		מס' 0508871895	
מס' רישיון נהיגה		סוג רישיון		שנת הוצאת רישיון		בתוקף עד		האם נהג ברשות מבוסס	
6016303		097400752		13.11.17		19.11.27		מס' 0508871895	

פרטי התאונה		שעה 11:00		מקום/כתובת אתר התאונה		26 תל אביב	
תאריך 23.7.23		מס' זמן		מס' תיק		במאריך	
נגבתה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת							
תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח							
האם היה באירועי ☐ גר ☐ משטרה ☐ מכבי אש							
תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצוין בהבלטה מספר הרכב):							
אסתי חורס קינולה תל אביב ולקצתי במחיצה א שני חנה				תרשים ממקום התאונה			
עדים 1 שם _____ טלפון _____ כתובת _____ 2 שם _____ טלפון _____ כתובת _____				המקרה אירע ☐ בדרך לעבודה ☐ במהלך העבודה ☐ בדרך ממקום העבודה ☐			
שנאי				מוסר			

נפגעים					
אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך מולל הנהג או הולכי רגל, נא לתן פרטים:					
משפחה ושם פרטי	מס' ת. זהות	כתובת הנפגע	מס' טלפון		

פרטי המעורב - צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)		סוג הרכב: ☐ רכב קל ☐ רכב כבד מעל 4 טון		סוג ביטוח: ☐ מקיף ☐ צד ג' ☐ חובה	
שם בעל הרכב	מס' ת.ז.	כתובת	טלפון		
שם הנהג	מס' ת.ז.	כתובת	טלפון		
שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה	תיאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'			

הצהרת המבוטח
הני מעוניין כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תסופד /לא תסופד/ על ידי החברה ☐ לא ☐ כן.
במידה וכן, הני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית ע"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה להשתתפות עצמית. כמו כן, הני מיה
את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המטורפה / בית המשפט ככל שידרש, הני מתחייב בזה להעביר מידית לחברה כל
הודעה, הודעה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. - 9 - הני מצהיר כח כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.
תחמת המבוטח/ת

הודעה על תאונת רכב (110.0)

נא הקפד למלא סופס זה באופן מדויק ושלים.

מס' פקס תביעות: 03-7348177
דוא"ל: tviot.hova@hare-ins.co.il

פרטי המבוטח והפוליסה

מס' הפוליסה	סוג הביטוח	שם הסוכן
מס' רישוי	תוצר ודגם	שנת ייצור
שם המבוטח	מס' ת.ז.	סוג הרכב
רחוב	מס' ישוב	פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר ☐
טלפון בית	טלפון נייד	פקס
דואר אלקטרוני	Email	

פרטי הנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

שם הנהג	מס' ת.ז.	מס' רישוי
רחוב	מס' ישוב	שנת הוצאת רישוי
טלפון בית	טלפון נייד	האם נהג ברשות מבוטח
מס' רישוי נהיגה	סוג רישוי	שנת הוצאת רישוי

פרטי התאונה

תאריך	שעה	מקום התאונה
נזק	מס' יומן	מס' תיק

תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח	האם היה באירועי ☐ גורר ☐ משטרה ☐ מכבי אש
תיאור מפורט של התאונה (במיוחד במקום לא מספיק מת להוסף צילומים עם פרטים נוספים וברור שבראש הדף יציין בהבלטה מספר הרכב)	

תרשים ממקום התאונה	צילומים
	שם כתובת שם כתובת שם כתובת
המקרה אירע ☐ בדרך לעבודה ☐ במהלך העבודה ☐ בדרך ממקום העבודה	

נפגעים

אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הולכי רגל, נא תן פרטים:	מס' ת.ז.	מס' רישוי
משפחה ושם פרטי	מס' ת.ז.	מס' רישוי
מס' ת.ז.	מס' רישוי	מס' רישוי

פרטי המעורב - צד ג' (חובה לסלק את כל הפרטים בפרק זה)

מס' רישוי	סוג הרכב	סוג ביטוח
שם בעל הרכב	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.
שם הנהג	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.
שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה	תיאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'

הצהרת המבוטח

הנני מעיד כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי מטופל / לא תשולם על ידי החברה ☐ לא ☐ כן ☐
 במידה וכן, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית ע"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הודישה להשתתפות עצמית. כן, הנני מיפה את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המ - 10 - בית המשפט ככל שידרש. הנני מתחייב בזה להעביר מידית לחברה כל הודעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. הנני מצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.











נספח 2 :

תעודות רפואיות - התובע 1

(עמודים 17 עד 43)



The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונ . כניסה . קרית אונ 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	קאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09

בן 65, ברקת AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע מנוחה חופשת מחלה 3 ימים שיכון כאב לפי הצורך בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח	דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279	14/08/2023 19:12
--	----------------------------------	---------------------



נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.
להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.
תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

**לביור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות**

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656
במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בפיפ"ח כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונן כניסה . קרית אונן 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה



State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ashdod 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירון אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונגני כניסה . קרית אונגני 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלווית



HYPERTENSION
HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) 1) (05/07/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	קאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישון דיפוזיט על פני רקמה רכה פרורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי i-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות, תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ramat Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונן כניסה . קרית אונן 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ramat Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
שיכון כאב לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אח
יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023
19:12



Jacobo Levy
Picciotto
14/08/2023

נחתם ע"י: ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלענין הפלילי
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.
להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.
תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הק

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-22 או בטלפון 03-5302656
במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח + ת.ז.

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ashdod 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונ . כניסה . קרית אונ . 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלווית



HYPERTENSION
HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (05/07/2015) כ

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות:

לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נירולוגי תקין לפי 5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

09:28 10/10/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

14/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35292033065

מספר הפניה:

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033065

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיותרפיה

לכאבי צוואר וגב מתמשכים אחרי תאונת דרכים

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
8470	WHIPLASH INJURY	



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתי ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.
פנו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.
אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים.
ללא שבירים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.
10/10/2023
עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין.
מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

סימנים חיוניים:	גובה	180	16/08/2023	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם	145 / 81	16/08/2023					
	דופק	60	16/08/2023					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

ס.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

10/10/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און ליין ב-05.12.2023



מספר רשיון 38153
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

ד"ר מיכאל שטרן
רופא המשך טיפול
שלמה המלך 37, קרית אונו
קניון קרית אונו

הרופא
שם
ובת
פאה

תאריך: 23/10/2023

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

שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונו	רחוב:	בר יהודה		
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454	טלפון נוסף:	3- 5351979		

מספר הפניה: 35292033682

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033682

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



038153

רות שנבחר

שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

זנה משוערת

נזות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

ניום חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01

לחץ דם 145 / 81 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023



eGFR 82.82 מתאריך 2023

ות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

ות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

ות קבועות

ר.ב	פעמים	א.הגשה	כמות	תרופות
1	1	קפלויות	1	OMEPRADEX 20MG CAP 20MG
1	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
1	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
1	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
1	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
1	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

גים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסגמוס, פנים סמטריים,

ות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

- 25 -

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מ.ס"ם	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחומתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

מספר הפניה: 35292033682

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033682

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



038153

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

סימנים חיוניים:	גובה	180	16/08/2023	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם	145 / 81	16/08/2023					
	דופק	60	16/08/2023					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפוליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר.ו

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

23/10/2023

הודפס ע"י ד"ר מיכאל שטרן 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און לייך ב-05.12.2023

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

מספר הפניה: 35292033682

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033682

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



038153

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

סימנים חיוניים:	גובה	180	16/08/2023	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם	145 / 81	16/08/2023					
	דופק	60	16/08/2023					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר.ו

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

23/10/2023

הודפס ע"י ד"ר מיכאל שטרן 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און לייך ב-05.12.2023



מספר רשיון 31439
טלפון 03-7383400
פקס 03-7383401
מחוז דן-פ"ת

ד"ר מריה פייגין
מומחית ברפואת משפחה
יהודה המכבי 4, קרית אונו
קרית אונו א'

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 24/10/2023 16:06

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.03	מין: ז
ת.לדה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 14 / 8	טלפון: 53-7606454				

מספר הפניה: 33086028781

גורם שולח



3086

מספר הפניה



033086028781

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



031439

לכבוד: חדר מיון

שירות שנבחר

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

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
3861	?	VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL
7802		PRESYNCOPE
7870		VOMITING - EMESIS



תלונות: תוך כדי ניסיון של טיפול וסטיבולי, הרשה של ירידה בל"ד, חושך בעיניים פראסינקופה ל"ד כמה דקות אחרי האירוע 140/90. דופק 82 שולל כאבים בחזה. תוך כדי בדיקה הקיאה פעמיים.

סימנים חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01 לחץ דם 145 / 81 16/08/2023 דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה: לב קולות סדירים
לא ניתן כע לבדוק ניסטגמוס.

דיון/תוכנית טיפולית: במידה ויש החמרה במצב, איבוד הכרה כאבים חזה, סיננים נורולוגיים - יש לפנות לחדר מיון
אקג קצב סינסי - LAHB חוסר התקדמות גלי R בחיבורים V3-V6
ללא שינויים איסמיים חריפים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

24/10/2023

הודפס ע"י ד"ר מריה פייגין 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און לייך ב-05.12.2023

מ.גילוי	איפיון	בעיה
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

31439

ד"ר מריה פייגין

חתימה וחומתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכונים ממוגרפיה, אלטרא-סאונד, דיפלר, רנטגן כללי K.E.G E.M.G		
פתיח-תקוה נולדו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה חלל ימא 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה הסלך פינת הורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין שלים שבוי 26 טל: 03-5284986 פקס: 03-5030226	נתינה דוד רמז 13 טל: 09-8320306 פקס: 09-8241358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 08/02/2024

עיר/יישוב: פתח תקוה ריק מס': 208451

מקלידה: הרמן דור 12:12

גורם מבטח: ש. בריאות כללית

מין: ז'

רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160

שם משפחה: עידאן צורי

שם פרטי: אלפונסו

מספר זהות: 055361406

ת. לידה: 15/07/1958

צילום כתף

טכניקה:

צילום כתף ימין.

אין צילומים קודמים להשוואה.

ממצאים:

ראש וצוואר ההומרוס במראה תקין.

ללא עדות לשבר או דיסלוקציה.

המפרק הגלגל-הומרלי והאקרומיו-קלוויקולרי תקינים.

ללא נזל תוך מפרקי.

ללא עדות לתהליכים ליטים או סקלרוטים.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות.

סיכום:

צילום כתף ימין תקין, ללא ממצא חבלתי.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור

רישיון רופא בודק : 152528

נחתם דיגיטלית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו ללא אישור מפורש מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להגנת רצון טיפולי.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להגנת רצון טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שניתן לזכר עבירה

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני טומוגרפיה, אולטרה-סאונד, דימלי, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
פתח תקוה טורא 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה הלל יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך מינת תורד הקניין החדש טל: 03-5358801/2/3 קופסה א'
ראש-העין שלום שבזי 26 קופסה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030228	נתניה דני רמז 13 טל: 09-8320308 פקס: 09-8241358	בני-ברק עזרא 11 קופסה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 08/02/2024
 עיר/יישוב: פתח תקוה תיק מס': 208451
 מקלידה: הרמן דור 12:11
 גורם מבטח: ש. בריאות כללית
 מין: ז'
 שם משפחה: עידאן צורי
 שם פרטי: אלפונסו
 מספר זהות: 055361406
 ת. לידה: 15/07/1958
 רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160

צילום עמוד שדרה צווארי

צילום עמ"ש צווארי ישר וצדדי.
 בהשוואה לצילום קודם מתאריך 28/03/2013

ממצאים:
 מודגמות חוליות C1-C7.
 ללא עדות לשבר בעמ"ש הצווארי.
 שינויים ניוונים בעמ"ש הכוללים אובדן גובה דיסקלי, אוסטאופיטים, וסקלרוזיס של לוחיות הקצה.
 יישור הלורדוזיס הצווארי, ללא ספונדילוליסטזיס.
 ה- odontoid process בעל מבנה תקין.
 ללא נגעים ליטים או סקלרוטים.
 ללא תפיחות של הרקמה הרכה הפרה-ורטברלית.

סיכום:
 שינויים ניוונים בעמ"ש הצווארי.
 ללא ממצא חבלתי חריף.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור
 רישיון רופא בודק : 152528
 נחתם דיגיטלית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
 מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

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

תאריך: 06/02/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות: 00055361406	גיל: 65.07	עידן צורי אלפונסו	ת.לידה: 15/07/1958
רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	קריית אונ	מס בית: 8 / 14
		טלפון: 53-7606454	

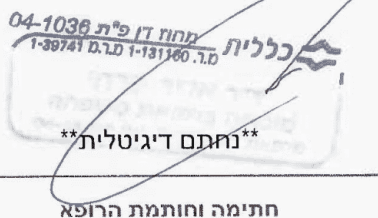
תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

אבחנה	איפיון	קוד	סובל מ
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD		79989	

מומלץ על מנוחה מתאריך: 04/02/2024 עד תאריך: 08/02/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 5

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון



131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

06/02/2024

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055361406

עידן צורי אלפונסו

תאריך 10/03/2024

סיכום טיפול

פרטי המטופל

מבורר	15/07/1958	ז	65.08	00-05536140-6	עידן צורי אלפונסו
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
57 - 7606454	53 - 7606454		8 / 14		בר יהודה
טלפון נוסף	טלפון		מס בית		קרית אונ
					ישוב
					רחוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230507840 מספר זיהוי הפניה: 35292033065

תאריך הפניה: 10/10/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אדיר פרחי

מרפאה: מרכז רפואי קניון קרית אונ

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			ACCIDENT/INJURY; NOS



אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 08/11/2023 תאריך סיום טיפול: 10/03/2024

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 9

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	הדרכה לתרגול בבית
6	תרגול כללי
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
7	טיפול ב-TENS
2	הסבר בנושא כאב (EXPLAIN PAIN)
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דחג בעת פתיחת הסידרה	דחג בעת סגירת הסידרה
צוואר	מרכז	8	8
גב תחתון	ימין	9	7
כתף	ימין	7	10

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור קל בכאבי בצוואר והגב. עדיין מלין על מגבלה בכתף בעיקר ברוטציה פנימית. קושי בהרחקה אופקית. כח גס שמור טווחי צוואר מלאים עם כאב בEOR הדרך להמשך תרגול עצמי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
10/03/2024
03/03/2024
04/02/2024
28/01/2024
21/01/2024
17/12/2023
10/12/2023
03/12/2023
08/11/2023

128762

מספר רשיון

אופיר חנה שניר

שם מטפל

חתימה וחוקת



תאריך: 06/02/2024 18:57

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.07	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454				

מספר הפניה ישירה: 35292040092

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
131160	55361406	035292040092	5292

לכבוד: צילום צוואר וכתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005
78109	73030	צילום כתף מלא ימין	10401035

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
L08	Rt	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתו ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

פונו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.

אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים. ללא שברים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.

10/10/2023

עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון. מגבלה בסיבוב הצוואר לימין. מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

06/02/2024

מטופלת בפיזיו' ללא הטבה משמעותית. מבקש להשלים צילום מכון.

סימנים חיוניים:	גובה	משקל	16/08/2023	94	16/08/2023	bmi	29.01
לחץ דם	145 / 81		16/08/2023				
דופק	60		16/08/2023				

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

06/02/2024

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055361406

הפניה כללית

עידן צורי אלפונסו

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
תלדה:	15/07/1958	ישו:	קריית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

תאריך תאונה 10/08/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

33302023356

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



3302

033302023356

55361406

022641

שירות שנבחר

שירות רפואי
80076

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב
80076 97113

פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

זולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1975	01/01/1975		SMOKER
01/01/1975			SMOKER

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADDEX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ומצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה לפיזיותרפיה

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

רן צורי אלפונסו

תאריך: 09/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.10	מין: ז
תלידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אנו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/08/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 10/08/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG -בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 28/02/2023

הפניה לדימוות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , הפניה לפיזיותרפיה - 80015

פיזיותרפיה אבחון וב

09/05/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80076-פיזיותרפיה/שיקום פרט	H9	הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - כאב	H1	הודפס

תרופות

P	M	K	N	Q	OP	סה"כ משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	1	W	N		יחידה	30	30	D	1	TAB	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

בברכה,

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

09/05/2024

39 - ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG 1		1 קפליית		ביום
ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG 1		1 טבליית		ביום
ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG 1		1 טבליית		ביום
ATENOLOL 25MG TAB 25MG 1		1 טבליית		ביום
AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG 1		1 טבליית		ביום
TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG 1		1 טבליית		ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 09/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.10	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

תאריך תאונה 10/08/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33302023357

גורם שולה



3302

מספר הפניה



033302023357

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: 29/03/2023 סיבת הפניה מתאריך

תלונות: 28/02/2023 סיבת הפניה מתאריך

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG -בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים 09/05/2024



ממצאים בבדיקה רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 28/02/2023

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לפיזיותרפיה - 80015

-פיזיותרפיה אבחון וב

09/05/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL



מספר רשיון 22641
טלפון 035668195

ד"ר לביה ליפשה תמיר
אורתופדית
ביאליק 1, רמת גן
ד"ר לביה תמיר - רמת גן

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023

תאריך תאונה

1 תאונת דרכים

33302023356

מספר הפניה:

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבח

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב- EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל- C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

6 ה.ר.ו

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 15:05 ובעבר צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.



מספר רשיון 22641
טלפון 035668195

ד"ר לביה ליפשה תמיר
אורתופדית
ביאליק 1, רמת גן
ד"ר לביה תמיר - רמת גן

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023

תאריך תאונה

1 תאונת דרכים

33302023356

מספר הפניה:

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבח

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

29/03/2023: CT אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

6 ה.ר.ו

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 15:04 ובעבר צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.

נספח 3 :

תעודות רפואיות - התובעת 2

(עמודים 45 עד 82)



The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

55597405 עידן רחל

בת: 64

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404
מספר קבלה: 03180114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:46

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

רגישות אחרת

שם החומר תאריך רשום תגובה
G6PD 23/05/2013



אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 64 לאחר תאונת דרכים (נוסעת ברכב שנכנסו בו מאחור) מלינה על כאב בצלעות שמאל, שוק שמאל, כף יד ימין

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	חמצן	סטורציה
17:44 14/08/2023	3					RA
17:00 14/08/2023		36.3	113	165	95	87

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' מריסאת לואי מ.ר. 159513 20:51 14/08/2023
NEXUS צווארי שלילי - הורד צווארון.

דר' קדרי איהב מ.ר. 172158 20:35 14/08/2023

בת 64 עם הרקע המתואר בבדיקה ללא סימני למעט המאטומה באזור של מסרק 5 יד צד ימין ומעט רגישות מתהלכת בתבנית תקינה, מהלכת על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטריית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות צילום כף יד ימין - ללא ממצא גרמי חריף משוחררת מבחינה אורתופדית

המרמילר אלדנה-פאולה 17:23 14/08/2023

בת 64 ברקע היפרקולסטרולמיה, הומוציסטאינמיה, מניגיומה אובחן ב2000 חוסר G6PD תרופות - קרסטור מגנסיום ויטמין D. הפסקה באצמע אספירין לפני שבועיים וחצי רגישות לא ידועה מחלה נוכחית: ===== מטופלת לאחר תאונת דרכים רכב נגד רכב (מאחור). היתה ליד נהג. מלינה על כאב בחזה שמאל, שוק שמאל וכף יד ימין בבדיקתה מוודים - ללא חום. טכיקדיה 113, ל"ד

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

165/87, סטורציה 95%, מטופלת כאבה. תומך צוואר. כאבים למגע עמוקה בחזה שמאל. בטן רכה לא רגישה. מעבדה- ספירה שקטה. בכימה עליה ב-CPK 197. תפקודי כליתית תקינים CRP 8.7 סטיק שטן לא חלבוני ללא אריטרוציטים. בצלח לא רושם לשבר בצלעות. זווית קוסטו-פרני מעט מטושטש בצילום יד ללא שברים בת 64 לאחר טראומה בתאונת דרכים עם כאבים חזקים בחזה שמאל, שוק שמאל וכף יד ימין. בצלח ללא שבר הצעות. הכאבים בחזה מתאים לכאב שרירי. תוכנית יועץ כירורגיה נגד כאבים צל"ח צילום כף יד

ד"ר מחאמיד נידא מ.ר. 1171091 22:29 14/08/2023

בת 64, רקע כמותאור. לא נוטלת מדללי דם- הפסיקה אספירין לפני שבועיים וחצי (נטלה ללא אינדקציה). ביום קבלתה תאודנת דרכים, ישיבה ליד נהג, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו למרות שהכסא נשבר. כעת מלינה על כאבים בצלעות משמאל. ללא חלהת ראש ללא איבוד הכרה ללא הקאות. מדידים תקינים כולל סטורציה 95% בבדיקתה רגישות על פני הצלעות משמאל. צילום צלעות ללא עודת לשברים בצלעות. הוסבר למטופלת שהרגישות יכולה להיות משנית לחבל/שברים שלא רואים בצילום, ושצריכה לקבל ונגדי כאב ולהמשיך לנשום כהרגלה. משוחררת כעת במצב טוב עם ההנחיות הבאות:



המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
14/08/2023 22:30	ד"ר מחאמיד נידא מ.ר. 1171091	משככי כאב לפי הצורך (ניתן ליטול אופטלגין או אקמול) נשימות עמוקות ללא הימנעות בכל החמרה במצב הכרתי, הקאות, או כל החמרה אחרת יש לשוב לבדיקה רפואית. חופשת מחלה 10 ימים	
14/08/2023 20:35	ד"ר קדרי איהב מ.ר. 172158	רפואה שלמה -המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע -מנחה חופשת מחלה 3 ימים -שיכוך כאב לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא -קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני -בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח	

טיפול תרופתי במלרד

צורת מיטן ומיטן	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
-----------------	------------	--------------	-------

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

I.V	PRAMIN amp 10mg/2ml amp 10 mg	Once	14/08/2023 18:08 אלמליח רבקה	amp 10 mg
-----	-------------------------------	------	---------------------------------	-----------



חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' מחאמיד נידא מ.ר. 1171091

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חניס לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רפא קופ"ח.

לביור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ביפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל

כתוצאה ממחלת הקשורה לאשפוז זה.

חיסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> בברכת בריאות שלמה

תוצאות בדיקות א.ק.ג.

16:59 14/08/2023

Abnormal

Sinus tachycardia

Possible Left atrial enlargement

)Possible Inferior infarct (cited on or before 23-DEC-2017

Abnormal ECG

,When compared with ECG of 18-NOV-2020 21:26

Questionable change in initial forces of Inferior leads

)DEC-2017-23

,NOV-2020 21:26-18

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80	8.79	
CBC	RBC (M/microL)	3.8-5.2	4.35	
CBC	HGB (g/dl)	11.7-15.7	12.71	
CBC	HCT (%)	34.9-46.9	38.27	
CBC	MCV (fL)	80.8-100	87.91	
CBC	MCH (pg)	26-32	29.2	
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	33.2	
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	14.27	
CBC	PLT (K/microL)	130-440	263	
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	9.16	
CBC	PCT (%)		0.24	
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	66.0	
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	26.0	
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	6.4	
CBC	EOS% (%)	0-7	1.2	
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.4	
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.3	0.1	

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	5.79	
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	2.28	
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	0.56	
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.11	
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.04	
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.01	
תיפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135	113	
תיפקודי קרישה בסיסיים	INR	0.80-1.20	0.91	
תיפקודי קרישה בסיסיים	PTT (sec.)	26-40	29	
ביוכימיה בדם	Estimated Glomerular Filtration Rate (MDRD) (ml/min/1.73m)	60	95	
ביוכימיה בדם	Lipemia		Normal	
ביוכימיה בדם	Icterus		Normal	
ביוכימיה בדם	Hemolysis		Normal	
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45	33	
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.51-0.95	0.63	
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100	131†	
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2	4.3	
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148	139	
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110	104	
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4	9.4	
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0	2.60	
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7	1.90	
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	2.6-6.0	2.9	
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1	0.55	
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40	26	
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45	26	
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260	231	
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115	104	
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (U/L)	7-39	21	
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2	7.0	
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5	4.1	
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5	2.90	
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295	291	
ביוכימיה בדם	CPK -Blood, total (U/L)	0-170	197†	



חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	14/08/23 17:33	14/08/23 17:25
ביוכימיה בדם	CPK-MB (U/L)	0-25	23.0	
ביוכימיה בדם	CPK-MB% (%)	0-6	11.7↑	
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (U/L)	20-90	49	
ביוכימיה בדם	Lipase, pancreatic (U/L)	7-60	13.9	
ביוכימיה בדם	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5	8.65↑	
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pH	7.31-7.42		7.389
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pCO2 (mmHg)	38-52		47.3
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	pO2 (mmHg)			26.2
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	HCO3 (Bicarbonate)-calc. (mmol/l)			27.9
Acid/Base Balance/Blood Gas Analysis	Base Excess (mmol/l)			2.3
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Methemoglobin (%)	0.6-1.4		0.0↓
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Saturation, O2 (%)	94-98		55.8↓
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Hemoglobin (g/dl)	11.7-15.7		13.2
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Hematocrit (%)	34.9-46.9		39
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Oxyhemoglobin (%)			55.4
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Deoxyhemoglobin (%)			43.9
Co-Oxymetry/Blood Gas Analysis	Carboxyhemoglobin (%)	1-2		0.7↑
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Anion Gap (meq/l)	10-22		13.2
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Sodium (meq/l)	136-148		138
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Potassium (meq/l)	3.5-5.2		4.0
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Calcium, Ionized (mmol/l)	1.00-1.20		1.20
Electrolytes/Blood Gas Analysis	Chloride (meq/l)	98-110		101
Metabolites/Blood Gas Analysis	Glucose (mg/dl)	70-100		134↑
Metabolites/Blood Gas Analysis	Lactate (mg/dl)	6-18		19↑

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ת.



מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אדיר פרחי
תחום רפואת משפחה
כתובת שלמה המלך 37, קרית אנו
מפאה קניון קרית אנו

08:27 16/08/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידאן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	64.08	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

14/08/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35292030076

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292030076

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: צילום חזה וצלעות משמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78060	71020	צילום חזה	10601005
78201	71100	צילום צלעות שמאל	10601087

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9221	Lt	CONTUSION CHEST WALL



תלונות: לפני יומיים נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין, במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל. פונתה ע"י מד"א ונבדקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מציית כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו. ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לרוקסט+ והדרכת לימינונים מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה.

סימנים חיוניים: גובה 161.5 03/05/2023 משקל 95.1 07/06/2023 bmi 36.46

לחץ דם 124 / 83 03/03/2023

דופק 67 21/06/2022

NYHA: 1 28/05/2018 eGFR 95.96 מתאריך 06/03/2023

FEV1 (%) 67 25/04/2021 FVC (%) 60 25/04/2021 FEV1/FVC 0.87 25/04/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
TAB XEFO 8MG (N)	גרד ופריחה	המטופל
G6PD deficiency		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM
ביום	1	מיליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<=>6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg

****נחתם דיגיטלית****

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



09:24 10/10/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		עידן רחל		מס זהות: 00055597405		גיל: 64.10		מין: נ	
ת.לידה: 16/12/1958		ישוב: קריית אנו		רחוב: בר יהודה		טלפון נוסף: 3- 5351979		מס בית: 8		טלפון: 52- 2454873	

מספר הפניה ישירה: 35292033063

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033063

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: אולטרסאונד דופלר עורקי צוואר
נא להשוות לבדיקה קודמת

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78043	93880	US .a.o דופלקס עורקי הצוואר (קרטיס)	10205036

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
43310		CAROTID ARTERY STENOSIS

תלונות: היצרות קרטידים ידועה בדופלר 11/2022 ממוגרף - RICA היצרות עד 50% LICA עד 20%.
תחזור על הבדיקה שנתית.



סימנים חיוניים:	גובה	161.5	03/05/2023	משקל	95.1	07/06/2023	bmi	36.46
לחץ דם	133 / 61	16/08/2023	דופק	60	16/08/2023	NYHA	1	28/05/2018
FEV1 (%)	67	25/04/2021	FVC (%)	60	25/04/2021	FEV1/FVC	0.87	06/03/2023
eGFR	95.96	06/03/2023	מתאריך	06/03/2023				

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
TAB	XEFO 8MG (N)	המטופל

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
G6PD deficiency		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM
ביום	1	מיליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<=>6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



09:19 10/10/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	64.10	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קרית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

14/08/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35292033062

מספר הפניה:

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033062

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיותרפיה לכאבים בצוואר

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
7231	CERVICALGIA	
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9221	CONTUSION CHEST WALL	Lt



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין, במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל. פונתה ע"י מד"א ונבדקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מציית כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו.

ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לרוקסט + והדרכתי למינונים מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה. מוקולט לליחה (פוסט קורונה רסנטית)

10/10/2023:

מאז הנ"ל עדיין כאבים בצוואר משמאל, בהנעתו. מפריע לשינה. נזקקת לעתים לנוגדי כאב.

בבדיקה מגבלה קלה בתנועת הצוואר לכל הכיוונים וכאבים בסוף הטווח, רגישות נקודתית בעורף משמאל.

מופנית לפיזיותרפיה להמשך טיפול.

סימנים חיוניים: גובה 161.5 03/05/2023 משקל 95.1 07/06/2023 bmi 36.46

לחץ דם 133 / 61 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

NYHA: 1 28/05/2018

eGFR 95.96 מתאריך 06/03/2023

FEV1 (%) 67 25/04/2021 FVC (%) 60 25/04/2021 FEV1/FVC 0.87

ס.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

10/10/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי 00055597405

עידן רחל

הודפס מאתר כללית און לייך ב-05.12.2023

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מגילי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
XEFO 8MG (N) TAB	גרד ופריחה	המטופל
G6PD deficiency		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM
ביום	1	מליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<=>6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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





מספר רשיון 127132
טלפון 03-7381100
פקס 03-7381101
מחוז דן-פ"ת

ד"ר אפרת דגלן
אורתופדיה
שלמה המלך, 37
קניון קריית אונ - רפואה יועצת

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 15/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	64.11	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3 - 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52 - 2454873					

39278025386

מספר הפניה:

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278025386

תז נבדק



55597405

רשיון רופא



127132

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בת 64

עברה ת"ד לפני מספר חודשים.
מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
ללא איבוד שליטה על סוגרים, ללא סימני B
בבדיקתה מתהלכת עם צליעה אנלוגית
ללא רגישות בביקוש עמש
SLR תקין דו צדדי
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות IP, QUAD, TA, EHL 5/5 שמורה תחושתית.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
XEFO 8MG (N) TAB	גרד ופריחה	המטופל
G6PD deficiency		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM
ביום	1	מיליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU

7.ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

15/11/2023

הודפס ע"י ד"ר אפרת דגלן 00055597405

עידן רחל

הודפס מאתר כללית און לייך ב-05.12.2023

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
CRESTOR 40MG TAB 40mg	1	טבליות	1	ביום

מטרת הבדיקה: PT חיזוק שרירים וישפור יציבה

ד"ר אפרת דגלן

127132

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



תאריך: 20/12/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:
עידן רחל	ת.ל.ידה: 16/12/1958
מס.זהות: 00055597405	מס.בית: 8
גיל: 65.00	ישוב: קריית אונו
רחוב: בר יהודה	טלפון: 52-2454873
טלפון נוסף: 3-5351979	

מספר הפניה ישירה: 35292037005

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5292



035292037005



55597405



131160

לכבוד: מרפאה נירולוגית
נא לקבל בהקדם להערכה.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות 13/12/2023

ביקור טלפוני - מאזתאונת דרכים ב-8/2023 (ללא חבלת ראש) ממשיכה לסבול מכאבים בגב משמאל וסחרחורת, בעיקר בשינויי תנוחה. תשלם בדיקת אורתוסטטיזם ואקג ותגיע להבדק.

20/12/2023

הגיעה להבדק. מציינת הימשכות סחרחורת בעיקר בקימה, כאבי ראש חזקים בעיקר סביב העיניים וכאבי גב. כל התסמינים מאז תאונת דרכים ב-8/2023 ללא חבלת ראש. בשבועיים האחרונים התמרה ניכרת בסחרחורת. לציין - מעבדה MRI 10/2023 מוח 7/2023 (מעקב מנינגיומה) ללא ממצא מכוון.

סימנים חיוניים: גובה 161.5 03/05/2023 משקל 95.1 07/06/2023 bmi 36.46

לחץ דם 138 / 82 20/12/2023

דופק 86 20/12/2023

NYHA: 1 עודכן ב-28/05/2018

eGFR 94.51 מתאריך 29/10/2023

FEV1 (%) 67 עודכן ב-25/04/2021 **FVC (%)** 60 עודכן ב-25/04/2021 **FEV1/FVC** 0.87

ממצאים בבדיקה

מצב כללי טוב, נינוחה נשימתית. ל"ד בשכיבה 138/82 בישיבה 114/77 ועמידה 118/72 - אורתוסטטיזם.

לב - קולות סדירים, לא מהירים, לא נקלטו אוושות. ריאות - כניסת אויר טובה דו"צ, אקספיריום לא מוארך, ללא חרחורים או צפצופים. אקג - סינוס 83 לדקה, ציר תקין, קומפלקסים צרים, QTC לא מוארך, ללא שינויי ST T פתולוגיים

נירולוגית - פנים סימטריות, דיבור תקין, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועת עינים תקינה ללא ניד, כח גס ותחושה שמורים וסימטריים בפנים 4-גפיים, החזרי פיקה הופקו סימטריים, רומברג חיובי, מבחן מצב ללא פרונציה או צניחה, אצבע-אף תקין.

אבחנה משוערת

דף 1

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

הפניה לרפואה יועצת

20/12/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055597405

עידן רחל

קוד	איפיון	אבחנה
7804		DIZZINESS
4580		ORTHOSTATIC HYPOTENSION
7231		CERVICALGIA

דיון/תוכנית טיפולית: נחזור על מעבדה ויעוץ נוירולוגי בהקדם, כולל בשאלה של הדמית ראש עדכנית.

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS

בעיות בעבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
TAB	XEFO 8MG (N) גרד ופריחה	
	G6PD deficiency	

תרופות קבועות

ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	יחידות	1	PEN NEEDLE 29GX10MM
ביום	1	מיליגרם	0.6	SAXENDA(M)PEN<6MG/1ML5X3ML 6MG/1ML
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLICACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר אדיר פרחי	131160	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

20/12/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055597405

עידן רחל

תאריך: 19/01/2024 12:05

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל
ת.לדה:	16/12/1958	ישוב: קריית אונ
מס בית:	8	טלפון: 52-2454873
מס זהות:	00055597405	גיל: 65.01 מין: נ
רחוב:	בר יהודה	
טלפון נוסף:	3-5351979	

גורם שולח



9278

מספר הפניה



039278028342

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



037780

לכבוד: OCT עצבי ראיה RNFL
שדה ראיה 24-2 SITA STANDART

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי
78103	L2136 עיניים OP - טומוגרפיה קוהרנטית אופטית OCT	שירות רפואי
86505	92081 עיניים OP - מבחן שדה ראיה ממוחשב- תיעוד דימות	30104005
		30109005

אבחנה משוערת:

קוד	אפיון	אבחנה
3510		FACIAL PALSY

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 10/05/2023
ביקור חוזר מתאריך 26/12/2017
בת 59

ברקע - דיסליפידמיה, מניגיומה אובחנה לפני 20 שנה. נמצאת במעקב בתה"ש.

לפני 5 ימים אירוע של חולשה ונימול פנים מימין. פנתה למיו תה"ש - אבחנת פציאליס מימין. מציבים MRI עדכני מ 9.2017 ללא שינוי במניגיומה.

בשחרור הומלץ מעקב רופא עיניים, חזרה על MRI וביקורת נוירוכירורג. 10/05/2023

במעקב נוירוכירורגי בלבד ללא התערבות בשל מניגיומה ב MRI 2019 מניגיומה ידועה בציטרנה פרהפונטינית ובתעלה ע"ש מייקל מימין

ללא סיפור משפחתי של גלאוקומה או AMD
19/01/2024: כאבי ראש מזה חודשיים וסחרחורות

ממצאים בבדיקה: 10/05/2023

26/12/2017

AT 14/14

תנועות עיניים מלאות

BE - מימין חולשת אורביקולריס ללא לגופתלמוס, עפעפיים תקינים, לחמית שקטה, קרנית שקופה ללא צביעה, ל"ק ע"ש, אישון RRL.

בהרחבה - עדשה זכה, דסקה גבול חד גוון תקין קיעור 0.3, מקולה שמורה רשתית צמודה.

10/05/2023

שדה בקונפרונטציה מלא, CV מלא 12/12

בדיקה נוירופטלמולוגית: תנועות מלאות, תבחין כיסוי תקין, מעקב וסקדות תקין, עצבים קרנאלים 7 ו 5 תקינים, ללא ניסטגמוס.

19/01/2024

שדה בקונפרונטציה מלא, CV מלא 12/12

בדיקה נוירופטלמולוגית: תנועות מלאות, תבחין כיסוי תקין, מעקב וסקדות תקין, עצבים קרנאלים 7 ו 5 תקינים, ללא ניסטגמוס.

פניה כללית.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

19/01/2024

הודפס ע"י ד"ר יאיר איזנר

00055597405

ידן רחל

יון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/05/2023

יון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/12/2017

זשם של פציאליס מימין.

חולשת אורביקולריס אך סגירה מלאה של העפעפיים ללא EXPOSURE.

מומלצת לובירקציה מרובה, DURATEARS *2-3.

סגירת עין בשינה.

מעקב 3-4 חודשים או קודם בכל החמרה.

10/05/2023

אופטומטריסט להתאמת משקפיים

ביקורת שנתי

19/01/2024

בירור כאבי ראש רופא מטפל

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	במסר ע"י המטופל
TAB	XEFO 8MG (N) גרד ופריחה	
	G6PD deficiency	

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תדירות
בשבוע	3	טבליות	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG 1	
ביום	1	טבליות	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG 1	
ביום	1	קפלות	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG 1	
ביום	1	טיפות	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU 8	
ביום	1	טבליות	CRESTOR 40MG TAB 40mg 1	

נחתם דיגיטלית

37780

ד"ר יאיר איזנר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך תוספת 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

רפואת משפחה
שלמה המלך 37, קרית אונ
קניון קרית אונ

תחום
כתובת
מרפאה

הפניה כללית

תאריך: 31/01/2024 09:14

מס זיהוי: 00055597405
גיל: 65.02 מין: נ
רחוב: בר יהודה
טלפון נוסף: 3-5351979

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי:
ת.לידה: 16/12/1958
מס בית: 8
עידן רחל
ישוב: קריית אונ
טלפון: 52-2454873

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292039688

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיו' וסטיבולרי

שירות שבחר

קוד שירות: 80074
קוד משה"ב: 97140
פיליותרפיה לשיקום וסטיבולרי
אבחנה משוערת:

קוד	1958/אויפון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7804		DIZZINESS
401		HYPERTENSION
4580		ORTHOSTATIC HYPOTENSION

תלונות: תלונות סביבת הפניה מתאריך 16/08/2023
לפניי נמסרה נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין, במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.
עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל, פונתה ע"י מד"א ובדקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מציית כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו.
ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לרוקסטן והדרכת למינוח מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה, מוקולט לליחה (פוסט קורונה רפנטית) 10/10/2023
מאזנה נל עדיון כאבים בצוואר משמאל, בהנעתו. מפריע לשינה. נזקקת לעתים לנודי כאב.
בבדיקה מגבילה קלה בתנועת הצוואר לכל הכיוונים וכאבים בסוף הטווח, רגישות נקודתית בעורף משמאל.
מופנית לפיזיותרפיה להמשך טיפול. 13/12/2023
ביקור טלפוני - ממשיכה לסבול מכאבים בגב משמאל וסחרחורת, בעיקר בשינויי תנוחה. תשלם בדיקת אורתוסטטיזם ואקג ותגיע להבדק. 20/12/2023

הגיעה להבדק. מצינת הימשכות סחרחורת בעיקר בקימה, כאבי ראש חזקים בעיקר סביב העיניים וכאבי גב.
כל התסמינים מאז תאונת דרכים ב-8/2023 ללא חבלת ראש. בשבועיים האחרונים החמרה ניכרת בסחרחורת.
לציין - מעבדה MRI 10/2023 מזה 7/2023 (מעקב מניגיומה) ללא ממצא מכוון. 09/01/2024
ממשיכה לסבול מסחרחורת. היה עוד אירוע של נפילה בבית לא מוסברת.

ז.ה. 7

דף 1

31/01/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס י"ד ד"ר אדיר פרחי

00055597405

מוזדנת בבית ערכי ל"ד גבוהים לרוב ~155/60, לא עקבה אחר דופק, מבחינת דברים שקדמו להופעת התסמינים - התאונה הנ"ל וטיפול בארקוסיה לכאבים אורתופדיים, אך סיימה כבר לפני מעל שבועיים. עוד מציגת בחילה אחרי אכילה, ללא הקאה. חזרה על מעבדה - מדדי דלקת מוגברים מינימלית וזה לא חדש, ס"ד ותפקודי כליות וכבד ללא ממצא חריג. תנסה טיפול באמלומג ומעקב ל"ד. תשלם מעבדה לתרים וחסרים תזונתיים. 31/01/2024 ביקור טלפוני -

במעקב ל"ד ביתי ערכים לרוב תקינים, וריאביליים בין 110-170 סיסטולי. תחת אמלומג. תמשיך קבוע. ***

בטיפול פיזיותרפיה לצוואר הומלץ לבצע גם פיזיו' וסטיבורי בחשד למרכיב כזה בתסמינים ולשקול טיפול בליריקה לכאב צווארי בעל אופי עצבי. כמו כן בעל פה התבקשה לבצע גם צילום צווארי.

סימנים חיוניים:	גובה	161.5	03/05/2023	משקל	95.1	07/06/2023	bmi	36.46
	לחץ דם	155 / 89	09/01/2024					
	דופק	91	09/01/2024	סדיר				
	NYHA:	1	28/05/2018					
	FEV1 (%)	67	25/04/2021	FVC (%)	60	עודכן ב	FEV1/FVC	0.87
						25/04/2021		
							eGFR	94.88
								08/01/2024 מתאריך

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 09/01/2024
ממצאים מתאריך 20/12/2023:
מצב כללי טוב, ניוחה נשימתית.
ל"ד בשכיבה 138/82 בישיבה 114/77 ועמידה 118/72 - אורתוסטטיים.
לב - קולות סדירים, לא מהירים, לא נקלטו אוושות.
ריאות - כניסת אויר טובה דו"צ, אקספיריום לא מוארך, ללא חרחורים או צפצופים.
אקג - סינוס 83 לדקה, ציר תקין, קומפלקסים צרים, QTC לא מוארך, ללא שינוי ST T פתולוגיים
נוירולוגית - פנים סימטריות, דיבור תקין, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועת עינים תקינה ללא ניד, כח גס ותחושה שמורים וסימטריים בפנים ו-4 גפיים, החזרי פיקה הופקו סימטריים, רומברג חיובי, מבחן מצב ללא פרונוציה או צניחה, אצבע-

אף-תקין
09/01/2024
31/01/2024

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/12/2023
נחזור על מעבדה ויעוץ נוירולוגי בהקדם, כולל בשאלה של הדמית ראש עדכנית.
ההפניות שהופקו ב 20/12/2023:
הפניה לרפואה יועצת - 70023 בדיקה רפואית - נירוי, הפניה למעבדה -
ביוכימיה,המטולוגיה,סרו-אימונו,
09/01/2024
ההפניות שהופקו ב 09/01/2024:
הפניה למעבדה- ביוכימיה,אנדו-הורמון, הפניה למעבדה - ביוכימיה,
31/01/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילי	אופיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS
31/01/2024		HYPERTENSION

7 ה.ה.ר.

רשימת	תגובה	נמסר ע"
TAB	XEFO 8MG (N)	המטופל
G6PD deficiency		

שם...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
נשבוע)	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
כיום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
כיום	1	קפליז	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
כיום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
כיום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg
כיום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG

ד"ר אדיר פרחי 131160 **נחתם דיגיטלית**

1025-50-1

Figure 1

	2003	2004	2005	%
1. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
2. <i>Curculionidae</i> (weevils)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
3. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
4. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
5. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
6. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
7. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0
8. <i>Chrysomelidae</i> (leaf beetles)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	100.0

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

תאריך: 31/01/2024 09:13

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות: 00055597405	גיל: 65.02	מין: נ
ת.לדה: 16/12/1958	ישוב: קריית אונג	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8	טלפון: 52-2454873				

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292039687

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



131160

מספר הפניה ישירה: 35292039687

לכבוד: צילום ע"ש צווארי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור הפוא	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
7231	CERVICALGIA	
7804	DIZZINESS	
401	HYPERTENSION	
4580	ORTHOSTATIC HYPOTENSION	

תלונות: תלונות סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסעה עם בעלה במושב הקדמי מימין במצב של רכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

עם חבלות יבשות במספר מקומות, כאובה בצוואר ובעיקר בצלעות משמאל. פונתה ע"י מד"א ובבדיקה במיון שיבא, לא נמצא שבר אך מציית כי אמרו שצילום הצלעות היה מוגבל טכנית - תחזור עליו. ללא הטבה מספקת עם אקמול ואופטלגין - תשדרג אקמול לרוקסט* והדרכת למיגנים מתאימים. תקפיד על שתיה מרובה. מוקולט לליחה (פוסט קורונה רפנטית)

10/10/2023

מאז הנ"ל עדיין כאבים בצוואר משמאל, בהנעתו. מפריע לשינה. נזקקת לעתים לנוגדי כאב.

בבדיקה מגבלה קלה בתנועת הצוואר לכל הכיוונים וכאבים בסוף הטווח, רגישות נקודתית בעורף משמאל.

מופנית לפיזיותרפיה להמשך טיפול.

13/12/2023

ביקור טלפוני - ממשיכה לסבול מכאבים בגב משמאל וסחרחורת, בעיקר בשינוי תנוחה. תשלים בדיקת אורתוסטטיזם ואקג ותגיע להבדק.

20/12/2023

הגיעה להבדק. מצינת הימשכות סחרחורת בעיקר בקימה, כאבי ראש חזקים בעיקר סביב העיניים וכאבי גב.

כל התסמינים מאז תאונת דרכים ב-8/2023 ללא חבלת ראש. בשבועיים האחרונים החמרה ניכרת בסחרחורת.

לציין - מעבדה 10/2023 MRI מוח 7/2023 (מעקב מינגיומה) ללא ממצא מכונן.

09/01/2024

ממשיכה לסבול מסחרחורת. היה עוד אירוע של נפילה בבית לא מסוברת. מודדת בבית ערכי ל"ד גבוהים לרוב -155/60, לא עקבה אחר דופק.

מבחינת דברים שקדמו להופעת התסמינים - התאונה הנ"ל וטיפול בארקוקסיה

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה כללית

31/01/2024

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055597405

ידן רחל

לכאבים אורתופדיים, אך סיימה כבר לפני מעל שבועיים.
עוד מציינת בחילה אחרי אכילה, ללא הקאה.

חזרה על מעבדה - מדדי דלקת מוגברים מינמלית וזה לא חדש, ס"ד ותפקוד
כליות וכבד ללא ממצא חריג.

תנסה טיפול באמלומג ומעקב ל"ה תשלום מעבדה לתריס וחסמים וחזנותיפ
31/01/2024

ביקור טלפוני -

במעקב ל"ד ביתי ערכים לרוב תקינים, וריאביליים בין 110-170 סיסטולי. תחת
אמלומג. תמשיך קבוע.

בטיפול פיזיותרפיה לצוואר הומלץ לבצע גם פיזיו' וסטיבולרי בחשד למרכיב כזה
בתסמינים ולשקול טיפול בליריקה לכאב צווארי בעל אופי עצבי. כמו כן בעל פה
התבקשה לבצע גם צילום צווארי.

סימנים חיוניים: גובה 161.5 03/05/2023 משקל 95.1 07/06/2023 bmi 36.46

לחץ דם 155 / 89 09/01/2024

דופק 91 09/01/2024 סדיר

NYHA: 1 28/05/2018

eGFR 94.88 מתאריך 08/01/2024

FEV1 (%) 67 25/04/2021 FVC (%) 60 עודכן ב 25/04/2021 FEV1/FVC 0.87

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 09/01/2024

ממצאים מתאריך 20/12/2023

מצב כללי טוב, נינוחה נשימתית.

ל"ד בשכיבה 138/82 בישיבה 114/77 ועמידה 118/72 - אורתוסטטיזם.

לב - קולות סדירים, לא מהירים, לא נקלטו אוושות.

ריאות - כניסת אויר טובה דו"צ, אקספיריום לא מוארך, ללא חרחורים או צפצופים.

אקג - סינוס 83 לדקה, ציר תקין, קומפלקסים צרים, QTC לא מוארך, ללא שינויי

ST T פתולוגיים

נירולוגית - פנים סימטריות, דיבור תקין, אישונים שונים ומגיבים לאור, תנועת

עינים תקינה ללא ניד, כח גס ותחושה שמורים וסימטריים בפנים ו-4 גפיים, החזרי

פיקה הופקו סימטריים, רומברג חיובי, מבחן מצב ללא פרונוציה או צניחה, אצבע-

אף תקין.

09/01/2024

31/01/2024

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/12/2023

נחזור על מעבדה ויעוץ נירולוגי בהקדם, כולל בשאלה של הדמית ראש עדכנית.

ההפניות שהופקו ב 20/12/2023

הפניה לרפואה יועצת - 70023-בדיקה רפואית - נירו, הפניה למעבדה -

ביוכימיה, המטולוגיה, סרו-אימונו,

09/01/2024

ההפניות שהופקו ב 09/01/2024

הפניה למעבדה - ביוכימיה, אנדו-הורמון, הפניה למעבדה - ביוכימיה,

31/01/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS
31/01/2024		HYPERTENSION

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

31/01/2024

הודפס ע"ד ר"ר אדיר פרחי

00055597405

עידן רחל

רשימת ר"ל	תגובה	מספר ע"י
TAB	XEFO 8MG (N)	גרד ופריחה
	G6PD deficiency	

תעמלן הורסות ע"י מיכל בנור

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



דף 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה כללית

31/01/2024

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055597405

יידן רחל



304650074

-העתק-

תאריך: 06/02/24



55597405

שירותי בריאות כללית

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
 מרפאה מנפקת : 5292 מרכז רפואי קניון קרי
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ לקביעת תור : 003-9305652

אישור לטיפולים אמבולטוריים
 מס': 304650074

רופא מטפל : 131160 פרחי אדיר

המבוטח : 0005559740-5 עידן רחל
 רופא מפנה : 131160 פרחי אדיר
 סיבת הפניה : הרפנה ע"י רופא
 הפניה לצורך :

קוד שירות	תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות ספק	כמות
78184	צילום עמוד שדרה צווארי עד 3 מבטים	78184	1

תאריך זימון : 05/02/24

האישור בתוקף עד לתאריך :

05/08/24

לכצר גלית

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 535912
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנה פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 שומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"
 כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

טופס ההתחייבות יכוד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
 התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים
 בביקור אליו הוזמן.

התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא
 או מנתח. בנוסף, תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף
 לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

17-

10/03/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

עידן רחל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת.לידה	אסמעיל
קריית אונ	בר יהודה	8	65.03	נ	16/12/1958	שם האב
ישוב	רחוב	מס בית	8	מין	2454873	5351979 - 3
		/			טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230507839 מספר זיהוי הפניה: 35292033062

תאריך הפניה: 10/10/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

ת. תאונה: 14/08/2023

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אדיר פרחי

רשיון רפא: 131160

מרפאה: מרכז רפואי קניון קרית אונ

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			ACCIDENT/INJURY; NOS



אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 08/11/2023 תאריך סיום טיפול: 10/03/2024

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 9

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
3	הדרכה לתרגול בבית
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
6	תרגול כללי
6	טיפול ב-TENS
6	הסבר בנושא כאב (EXPLAIN PAIN)
1	חבישה/taping/קינזיוטיפ
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	דו צדדי	8	6

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: טווחי צוואר מלאים, כאב ב-EOR מלינה עדיין בעיקר על סחרחורות וכאבי ראש. סחרחורת מופיעה בתנועות חדות וכיפוף למטה. מדווחת כי עדיין לא חזרה לעצמה מבחינת התפקוד, נעזרת יותר ומבצעת פחות דברים לבדה. הודרכה להמשך תרגול עצמי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
10/03/2024
03/03/2024
04/02/2024
28/01/2024
21/01/2024
17/12/2023
10/12/2023
03/12/2023
08/11/2023

אופיר חנה שניר

שם מטפל

128762

מספר רשיון

חתימה וחותמת



תאריך: 28/03/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	65.03	מין:	נ
ת.לדה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/03/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 23/03/2017

בת 58, נמצאת במעקב ניורוכירורגי עקב מנינגיומה -לפי מכתב הפניה של רופא המטפל.בדיקות MRI מתבצעות במכון MRI בתל-השומר -ולא יכולתי לראות לא תשובה ולא לעיין בצילום של MRI בביקור הנוכחי.

לפי מכתב הפניה בבדיקה האחרונה-מנינגיומה ללא שינוי אך קיימים מוקדים חשודים לאוטמים קטנים.בוצע דופלר עורקי צוואר-היציחות של ICA 50 % דוצדדי,הוחל טיפול ב ASPIRIN

28/03/2024

בת 65 עם יתר שומים בדם, מטופלת באוגוסט 2023 עברה תאונת דרכים, נפגיעה במנגנון צליפת שוט הייתה במיון שיבא, היו שברים בצלעות ומקוה יבשות בגפיים וצוואר מאז תאונה סבלה מכאבי ראש עם שיפור, כאבם בצוואר סחרחרות לא קבוע, שמופיעה בהתקופות, לפעמים בהליכה עברה פיזיותרפיה עם שיפור חלקי זמני לא מקפידה על שתית מים

לפי דבריה מטופלת - נבדק לחץ דם בשכיבה ועמידה והיה הבדל

23/03/2017

בדיקה גופנית:

עצבים קרניאליים תקינים, כולל פונדוס תקין, תנועות גלגלי העיניים תקינות, פנים סימטריות, כח גס תקין, החזרים גידיים שונים, לא הופקו החזרים פתולוגיים, תחושה תקינה, הליכה תקינה.

28/03/2024

בהכרה מלאה, התמצאות תקינה, עצבי גולגולת תקינים הגבלה תנועת צוואר בצורה קלה כח גס שמור בארבע גפיים, החזרים שונים, מענה פלנטרי F דו"צ ללא הפרעה בתחושה, יציבה בעמידה והליכה

קוד	איפיון	אבחנה
2252		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
		BILATERAL ASYMPTOMATIC CAROTID STENOSIS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7840		HEADACHE
7804		DIZZINESS AND GIDDINESS

דיון/תוכנית טיפולית: בדיקה ניורולוגית תקינה

הכל תלונותיה התחילו לאחר תאונה לפי דעתי סחרחרות ממקור אורטוסטטי נא להקפיד על תייה מרובה

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ליודמילה שופין ד"ר	33481	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 09/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל
מס זהות: 00055597405	גיל: 65.05	מין: נ
ת.לידה: 16/12/1958	ישוב: קריית אנו	רחוב: ברי יהודה
מס בית: 8	טלפון: 52-2454873	טלפון נוסף: 3-5351979

מספר הפניה ישירה: 33302023355

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023355

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2023: 64

עברה ת"ד לפני מספר חודשים.
מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא סימני B
בבדיקת מתהלכת עם צליעה אנלטגית
ללא רגישות בניקוש עמש
SLR תקין דו צדדי
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות IP,QUAD,TA,EHL 5/5 שמורה
תחושתית.
09/05/2024: עדין כאב גב ללא הפרעת סוגרים



ממצאים בבדיקה רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40 רגישות טרוכנטר גדול דו צדדי

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
7245		BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2023:
בשל בעיה ברישום נרשמו מספר תרופות פעמים יש להנפיק רק זריקה של
וולטרן וברקסין.
ההפניות שהופקו ב 15/11/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024:

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS
31/01/2024		HYPERTENSION

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055597405

עידן רחל

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה	SMOKER
	01/01/1976			

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
TAB	XEFO 8MG (N) גרד ופריחה	
	G6PD deficiency	

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG 1	
בשבוע	3	טבליות	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG 1	
ביום	1	טבליות	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG 1	
ביום	1	קפלות	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG 1	
ביום	1	טיפות	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU 8	
ביום	1	טבליות	CRESTOR 40MG TAB 40mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 09/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	65.05	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3-5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52-2454873					

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 15/11/2023 בת 64

עברה ת"ד לפני מספר חודשים.

מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל

ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא סימני B

בבדיקת מתהלכת עם צליעה אנלטגית

ללא רגישות בניקוש עמש

SLR תקין דו צדדית

כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות 5/5 IP, QUAD, TA, EHL שמורה

תחושתית.

09/05/2024: עדין כאב גכב ללא הפרעת סוגרים

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גדיים תקינים לסג 40 רגישות טרוכנטר גדול דו צדדי

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2023

בשל בעיה ברישום נרשמו מספר תרופות פעמים יש להנפיק רק זריקה של וולטרן וברקסין.

ההפניות שהופקו ב 15/11/2023:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

09/05/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80076-פיזיותרפיה/שיקום פרט	H9	הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - כאב	H1	הודפס

תרופות

תרופה	הגשה מנה	יחידה	סה"כ משך D פ	OP	P	Q	N	W
ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG	1	TAB	1 טבליות	D 30	30	יחידה		

ברכה,

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055597405

עידן רחל

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU 8	8	1. טיפות	1	ביום
CRESTOR 40MG TAB 40mg 1	1	1 טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נויורולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40 רגישות טרוכנטר גדול דו צדדי

****נחתם דיגיטלית****

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	65.05	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023354

33302023354

תז נבדק



55597405

מספר הפניה:

רשיון רופא



022641

שירות שנבח

שירות רפואי

80076

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב 97113 פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה

80076

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2023 בן 64

עברה ת"ד לפני מספר חודשים.
מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא סימני B
בבדיקתה מתהלכת עם צליעה אנלטיגית
ללא רגישות בניקוש עמש
SLR תקין דו צדדי
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות IP,QUAD,TA,EHL 5/5 שמורה
תחושתית.
09/05/2024:עדין כאב גב ללא הפרעת סוגרים

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS
31/01/2024		HYPERTENSION

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות וא/ו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
TAB	XEFO 8MG (N) גרד ופריחה	המטופל
	G6PD deficiency	

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG

ס.ה.ר. 6

דף 1

09/05/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055597405

- 78 -

הפניה לפיזיותרפיה

עידן רחל

תאריך: 09/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות: 00055597405	גיל: 65.05	מין: נ
ת.לידה: 16/12/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8	טלפון: 52-2454873

מספר הפניה ישירה: 33302023355

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023355

תז נבדק



55597405

מספר רשיון



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2023:
בת 64

עברה ת"ד לפני מספר חודשים.
מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא סימני B
בבדיקת מתהלכת עם צליעה אנלטגית
ללא רגישות בנזיקוש עמש
SLR תקין דו צדדי
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות IP,QUAD,TA,EHL 5/5 שמורה
תחושתית.
09/05/2024: עדין כאב גב ללא הפרעת סוגרים

ממצאים בבדיקה רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40 רגישות טרונטר גדול דו צדדי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2023:
בשל בעיה ברישום נרשמו מספר תרופות פעמים יש להנפיק רק זריקה של
וולטרן וברקסין.
ההפניות שהופקו ב 15/11/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2006		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2000		homocysteinemia
15/05/2015		OBESITY
06/12/2022		OSTEOPENIA
01/01/2000		MENINGIOMA BRAIN OR SPINAL CORD BENIGN
01/11/2022		CAROTID ARTERY STENOSIS
31/01/2024		HYPERTENSION

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1976		SMOKER

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
XEFO 8MG (N) TAB	גרד ופריחה	המטופל
G6PD deficiency		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
בשבוע	3	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 75MG TAB 75MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טיפות	8	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	1	טבליות	1	CRESTOR 40MG TAB 40mg

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 09/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות: 00055597405	גיל: 65.05	מין: נ
ת.לידה: 16/12/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8	טלפון: 52-2454873				

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2023:

בת 64
עברה ת"ד לפני מספר חודשים.
מזה 3 שבועות כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל
ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא סימני B
בבדיקת מתהלכת עם צליעה אנלטיגית
ללא רגישות בניקוש עמש
SLR תקין דו צדדי
כוח גס שמור בכל התחנות של גפיים תחתונות IP,QUAD,TA,EHL 5/5 שמורה תחושתית.
09/05/2024: עדין כאב גב ללא הפרעת סוגרים

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40 רגישות טרוכנטר גדול דו צדדי

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE



דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2023:

בשל בעיה ברישום נרשמו מספר תרופות פעמים יש להנפיק רק זריקה של וולטרן וברקסין.
ההפניות שהופקו ב 15/11/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024:

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80076-פיזיותרפיה/שיקום פרט	H9	הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - כאב	H1	הודפס

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	ר	N	יחידה	30	30	D	1	טבליות	TAB	1	ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG

בברכה,

שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחומת הרופא
ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**



מספר רשיון 25991
טלפון 03-7381100
פקס 03-7381101
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר פרידה גוסב
תחום א.א.ג.
כתובת שלמה המלך, 37
מרפאה קניון קריית אונו - רפואה יועצת

תאריך: 24/07/2024

סכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן רחל	מס זהות:	00055597405	גיל:	65.07	מין:	נ
ת.לידה:	16/12/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8	טלפון:	52- 2454873					

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/07/2024
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: בדיקת אאג
בדיקה גופנית: אוטוסקופיה תקינה
גרונ, אף ללא ממצאים

אבחנה בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בברכה,

שם הרופא	ד"ר פרידה גוסב	מספר רשיון	25991	חתימה וחותמת הרופא	**נחתם דיגיטלית**
----------	----------------	------------	-------	--------------------	-------------------



נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 84 עד 84)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

עידן אלפונסו - נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, עידן אלפונסו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

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 86 עד 86)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

רחל עידן - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובעת, רחל עידן, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי ובתחום האף, אוזן וגרון לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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 פרייבורג, עו"ד
ב"כ התובעת

נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר - תובע 1

(עמודים 88 עד 91)



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ 13' 17 בעל ת.ז. 55361406 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:	<u>1995</u>	הפגיעה:	<u>חולת גולגולת</u>	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

13' 17
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד 13' 17 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזאת כי ביום 14.8.23 הופיעה בפני 13' 17 (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהתה בתעודת זהות מס' 55361406 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל פריברג, עו"ד
23759
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה רז שם פרטי אבי תעודת זהות 55361406 שם האב רז
 דני' רז מס' 8 עיר תל אביב מיקוד 0536454873 טלפון 0536454873

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמנו 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 נווני 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 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 ויתור 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 _____ ו.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 15.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. ארנאל פרינברג עו"ד חתימה: _____
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 31/12/1987 מס' 55361406, מרחוב זר יצחק 14823,
 ת.ז. מס' 55361406, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה נגד 14823 בענין תאונת דרכים מיום 14823
 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 הכת, 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 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.



לטפל ברישומו 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, לפטרים 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 14 לחודש 8 שנה 2024

חתימה:



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין

נספח 7 :

יפוי כח וסר ותצהיר - התובעת 2

(עמודים 93 עד 96)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יהל 8/17, מס' 55597408, מרחוב זר יחזק 8 קריית מלך,
 ת.ז. מס' 14823 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
 נגד 14823 בענין תאונת דרכים מיום 14.8.23 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.

לטפל ברישומו 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 15 לחודש 9 שנה 2024

חתימה: 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

21/11
שם האב

55597405
תעודת זהות

חל
שם פרטי

138
שם משפחה

0592454873
טלפון

מיקוד

חל
עיר

8
מס'

חל
רחוב

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 הבריאות 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 הבריאות 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 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 ויתור 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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 15.9.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פריברג, עו"ד חתימה _____
מ.ר. 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

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

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ רחל 13'8 בעל ת.ז. 55597405 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:	2000	המחלה:	מחלת	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:

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל מירב, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 14.8.23
הופיע/ה בפני רחל 13'8 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 55597405
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.

עו"ד-דין