



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 2024 14
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
מחלקת נפגעי עבודה
המוסד לביטוח לאומי

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: ערן אלמליח, ת.ז. 038374310
תאונה מיום 23.4.2023

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- כן רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ שוכר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

1 פרטי התובע

שם משפחה: אל-חל

שם פרטי: סר

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 034324310

טלפון קווי:

טלפון נייד:

דואר אלקטרוני:

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אגא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל:

רחוב / תא דואר:

מס' בית:

כניסה:

דירה:

יישוב:

מיקוד:

תפקיד התובע במקום העבודה:

טלפון קווי:

טלפון נייד:

מספר פקס:

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק:

סוג העיסוק:

רחוב / תא דואר:

מס' בית:

כניסה:

דירה:

יישוב:

מיקוד:

טלפון קווי:

טלפון נייד:

טלפון פקס:

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ ש"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

23/04/2023

שנה חודש יום

שעת הפגיעה

11:45

היום בשבוע

י"ב

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☒ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט הואל, הנה"ק, התכאול, להרא, ונאצת, ששחן, אלא, ביה, נקאר

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
דינה זמל חן רשמי	חלכה	זין זמל זמל
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
זין זמל זמל		23/04/2023
		שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
זין זמל זמל	זמל זמל זמל	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____ ☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____
------------	--

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובת _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש	שנה	חודש

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלך יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

_____ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי			

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 3.4.27 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי			
טלפון נייד			
דואר אלקטרוני: @			

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תיך נדי עבודה מקום הפגיעה: בבית שעת הפגיעה: 23/4/93

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בבית

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנוגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שותן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
<u>מנהל</u>			
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: ☐ פגיעה בדרך לעבודה? ☐ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי: 0439514158 שם המפעל / המעסיק: בבית

תאריך תחילת עבודה: 1/9/92 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף התשרה ב-100% מספר ימי העבודה בשבוע: 6

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: נזק

מתי? _____ עד מתי? _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחדש זה בש"ח	חוסמת חד פעמית, מענק או הפרשם שנכללו בשכר ברוטו	
		ימי	חדשי		סכום	להקפה
חודש יולי	23	☒	☐	11,997		
חודש אוגוסט	20	☒	☐	11,600		
חודש ספטמבר	22	☒	☐	13,200		
חודש אוקטובר	20	☒	☐	13,800		

☒ העובד לא שב עדין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך: _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? וא לפרט: _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל. ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לברור פרטי שכר: בבית מספר טלפון: 052-9435141

חתימת המעסיק: בבית תאריך: 14/5/93 שם ותפקיד החותם: בבית חתימת התובע: בבית

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 23 ימים

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נעברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקן לדמי מחלה

(שם הקן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

אין הסתייגות. הנתון היחיד (פ) שיש לו חתימה חתומה וחותמת
תאריך 22/12/24 תפקיד החותם מנהל שם החותם אליהו רובין חתימה וחותמת

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמו לו דמי פגיעה

נכון.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנופגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנופגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

☒ חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	038374310	23/04/2023 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
שלמה	זרן	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך: 23.4.23 חתימת המבוטח: x



1

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח עח
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

סיבת הפנייה ומחלה נוכחית

היום אירוע של הבדקי אור מזל עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה HM			6/6		

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
מקיה	זגוגית	VH
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	לא ניתן להתרשם
תקינה	מקולה	לא ניתן להתרשם

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

לא ניתן להתרשם
רשתית
צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף
US -רשתית צמודה בכל המבטים,
עכירות מובילות בזגוגית, כללי

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

סיכום ביקור

VH משמאל ככה"נ על רקע של PVD. US ללא חשש להפרדות או קרע.
נעקוב באופן תכוף לאור הסבירות הגבוהה כי מלווה בקרע.

המלצות

המלצה: -שינה עם ראש מוגבה
-יש להמנע מפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.
-ביקורת מרפאת רשתית ביום ג' 8:00
-בכל החמרה כללית, ירידה בראיה, הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.
חופשת מחלה: 3 ימים.

במידה ואין ברשותך התחייבות לביקור במיון תשלח אליך דרישה לתשלום.
עפ"י הנחיות משרד הבריאות בתום ביקור בחדר המיון המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא המשפחה בקהילה.

לתשומת לב המטופלים המגיעים למיון בימי שישי וערבי חג!!!

מטופל שנבדק ביום חמישי/שישי/ערב חג ומוזמן לביקורת במיון למחרת, יידרש לשלם עבר בדיקת מיון נוספת.
לפני הבדיקה השנייה יש לפנות למוקד קופת חולים על מנת לקבל התחייבות/הפניה לבדיקת מיון.
במידה ולא תפנה למוקד קופת חולים - ייתכן שקופת החולים לא תכסה את עלות הביקור השני

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למחלקת המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 22:36 23/04/2023

2

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי

5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

סיבת הפנייה ומחלה נוכחית

היום אירוע של הבזקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, נעת ירידה בראיה.
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה HM			6/6		

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
זגוגית	זגוגית	VH
דיסקה	דיסקה	לא ניתן להתרשם
מקולה	מקולה	לא ניתן להתרשם

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57
לא ניתן להתרשם
רשתית צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף
US -רשתית צמודה בכל המבטים, כללי
עכירות מובילות בזגוגית

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

סיכום ביקור

VH משמאל ככה"נ על רקע של PVD. US ללא רושם להפרדות או קרע.
נעקוב באופן תכוף לאור הסבירות הגבוהה כי מלווה בקרע.

המלצות

המלצה: שינה עם ראש מוגבה
יש להמנע מפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.
ביקורת מרפאת רשתית ביום ג' 8:00
בכל החמרה כללית, ירידה בראיה, הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.
חופשת מחלה: 3 ימים.

במידה ואין ברשותך התחייבות לביקור במיון תשלח אליך דרישה לתשלום.
עפ"י הנחיות משרד הבריאות בתום ביקור בחדר המיון המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא המשפחה בקהילה.

לתשומת לב המטופלים המגיעים למיון בימי שישי וערבי חג!!!

מטופל שנבדק ביום המישי/שישי/ערב חג ומוזמן לביקורת במיון למחרת, יידרש לשלם עבר בדיקת מיון נוספת.
לפני הבדיקה השנייה יש לפנות למוקד קופת חולים על מנת לקבל התחייבות/הפניה לבדיקת מיון.
במידה ולא תפנה למוקד קופת חולים - ייתכן שקופת החולים לא תכסה את עלות הביקור השני

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57
כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

אם במהלך הבירור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 22:36 23/04/2023



3

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

ביקורת לאור VH בעין שמאל
היום אירוע של הבדקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
לציון חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה	p	6/6	p		
עם חריר	p		p		
לוח מטר	חלקי p	1/30			

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	12	תקינים
תקינים	עפעפיים		
שקטה	לחמית	שקטה	
שקופה	קרנית	שקופה	
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ	
שלמה	קשתית	שלמה	
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית	
זכה	עדשה	זכה	
נקיה	זגוגית	VH	
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	רושם שתקיה	



רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023

צמודה	מקולה	תקינה
במטושטש, לפחות 4 קרעים, קרע עליון גדול של כשעתיים לפחות עם הפרדות	רשתית	צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף עם אחיזת זגוגית בהיקף
US - הפרדות עליונה	כללי	

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

אבחנות רקע עיניות

- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)

סיכום ביקור ותוכנית טיפול

הפרדות רשתית עליונה מקולה און לניתוח

המלצות

המלצה: אשפוז לניתוח

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' הוסטובסקי אבנר מ.ר. 99305

מסמך זה הינו הפניה רפואית ומועד התור הינו המלצה בלבד, על מנת לזמן תור יש לפנות למזכירות.
לזימון תורים נא להתקשר לטלפון מספר 03-5305000 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אומל"ן פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023
כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419
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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 10:13 25/04/2023

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

4

עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 26/04/2023

אבחנות עיניים

- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)
- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)

אבחנות בשחרור

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

ניתוחים באשפוז

POSTERIOR VITRECTOMY 9707
14.72 (Left) 25/04/2023
GAS/AIR INJECTION 9710
14.75 (Left) 25/04/2023

מחלה נוכחית

לניתוח תיקון הפרדות רשתית בעין שמאל

ביקורת לאור VH בעין שמאל
היום אירוע של הבזקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
לציון חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.
בבדיקתו במפראה רחשם להפרדות רשתית MAC ON

מתאשפז לניתוח תיקון הפרדות רשתית

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה	ק		6/6	ק	
עם חריר	ק			ק	
לוח מטר	חלקי ק	1/30			

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

עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
נקיה	זגוגית	VH
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	רושם שתקיה
תקינה	מקולה	צמודה
צמודה, שיניים פיגמנטריים בהיקף עם אחיזת זגוגית בהיקף	רשתית	במטושטש, לפחות 4 קרעים, קרע עליון גדול של כשעתיים לפחות עם הפרדות
	כללי	US - הפרדות עליונה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מצב תפקודי ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

11:44 25/04/2023

נרשם ע"י סלמון שרה מ.ר. 102473

תפקוד: עצמאי

ניידות: ללא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

בדיקת חדות ראייה בשחרור

07:25 26/04/2023

נרשם ע"י דר' כהן גלי-עקב מ.ר. 163189

עין: שמאל

חדות ראייה: HM

בדיקת עיניים שחרור

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

עניינים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

07:25 26/04/2023

נרשם ע"י דר' כהן גליעקב מ.ר. 163189

עין: שמאל

לחץ ת.ע: 23

לחמית: SCH תפרים במראה תקין

קרנית: שקופה

לשכה קדמית: עצ

עדשה: יחיד נוצתי

זגוגית: גז 90 אחוז

קרקעית: קטעי רשתית צמודה ראות מוגבלת

סיכום ניתוח

16:11 16:11 25/04/2023

מהלך תקין

מהלך ודין

נבר ניתוח PPV לאור הפרדות רשתית בעין שמאל במהלך תקין
בשיחה עם המנתח
משתחרר עם ההמלצות הבאות

תרופות עיניים

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
STERODEX 0.1% (DEXAMETHASONE)	Lt. Eye	1 drops	ביום 1 X 4	1 חודשים		1		✓
OFLOX eye drops (OFLOXACIN)	Lt. Eye	1 drops	ביום 1 X 4	1 שבועות		1		✓

המלצות כלליות

המלצה: -ביקורת מרפאת רשתית ד"ר כץ בעוד שבועיים יום רביעי טיפת סטרודקס + אופלוקס 4 פעמים ביום לעין המנותחת

עד לביקורת

יש להקפיד על מנח ראש כפי שהוסבר לחולה עד לביקורת.

יש להמנע מטיסה, שהייה במקומות גבוהים או מהרדמה כללית עד לביקורת.

מגן עין בשינה.

פנים מטה

יש להמנע מרחצה בים או בבריכה ומפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.

בכל החמרה כללית, ירידה בראיה או הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

רופא: דר' ארזי מתן מ.ר. 167221

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

עיניים

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

סיכום מחלה

כתובת: כרן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

מומלצת מנוחה. בכל החמרה יש לשוב בהקדם לבדיקת עיניים

טיפול במדללי דם
במידה והופסק טיפול במדללי דם טרם הניתוח, יש לחדש טיפול יום לאחר הניתוח אלא אם כן קיבלת הוראה אחרת מהרופא המנתח.



Mattan
Arazi
26/04/2023
10:59:18

נחתם ע"י: דר' ארזי מתן מ.ר. 167221

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 10:59 26/04/2023



5

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22977749 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 14/05/2023
כתובת: אנה פרנק 29 בת ים בת ים 5962624

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

בעין שמאל לאחר ניתוח ויטרקטומיה להפרדות רשתית 25/4/2023
נראתה הפרדות רשתית בין 12-2 קרע ב 12 קרע ב 1 ועוד 5 קרעים בהקיף בוצע לייזר
LE PPV LASER C3F8 14 STERODEX OFLOX

לפני ההפרדות היה VH בעין שמאל
לציין חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)
S/P POSTERIOR VITRECTOMY 9707 (14.72) (Left) (25/04/2023)
S/P GAS/AIR INJECTION 9710 (14.75) (Left) (25/04/2023)

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
LP	p	6/6	p		
חדות ראייה	p		p		
עם חריר	p		p		
לוח מטר	p		p		

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	16	לחץ ת.ע.
תקינים	עפעפיים	תקינים	עפעפיים
שקטה	לחמית	שקטה	לחמית
שקופה	קרנית	שקופה	קרנית
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ	לשכה קדמית
שלמה	קשתית	שלמה	קשתית

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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



6

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: אנה פרנק 29 בת ים בת ים 5962624

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22977749 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 14/05/2023

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

בעין שמאל לאחר ניתוח ויטרקטומיה להפרדות רשתית 25/4/2023
LE PPV LASER C3F8 14. נראתה הפרדות רשתית בין 2-12 קרע ב12 קרע ב1 ועוד 5 קרעים בהקיף בוצע לייזר
STERODEX OFLOX

OCT14/5/2023

עין שמאל רואים בועת גז 50 עם הצללה SCAN בגבול הגז ואינפריאורית רשתית צמודה

לפני ההפרגות היה VH בעין שמאל
לציין חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)
S/P POSTERIOR VITRECTOMY 9707 (14.72) (Left) (25/04/2023)
S/P GAS/AIR INJECTION 9710 (14.75) (Left) (25/04/2023)

לא ידועה רגישות לתרופות בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
LP	ק	ק	6/6	ק	ק
חדות ראייה	ק	ק		ק	ק
עם חריר	ק	ק		ק	ק
לוח מטר	ק	ק		ק	ק

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	16	תקינים
תקינים	עפעפיים	תקינים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה	שקופה

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

חסוי רפואי

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנוק הזגוגית משולב עם נוק לרשתית. היפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מחבלה, מחלות עיניים או מחלות כמו סכרת ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה מתבצע ניתוח במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות בשילוב עם ניתוח לכריתת הזגוגית והזרקת חומר מיוחד לעין כתחליף לזגוגית. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה:			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר		שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין ימין / שמאל * עם / בלי * ניתוח לתיקון היפרדות רשתית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב. הוסבר לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות כי כאשר הניתוח מבוצע גם בשל היפרדות רשתית, יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוח/ים נוסף/ים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת שיעריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, היפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אבדן מוחלט של הראיה בעין והצטמקות גלגל העין. אם הניתוח כולל גם תיקון היפרדות רשתית אפשריים סיבוכים כמו פזילה, עליית הלחץ התוך עיני והתפתחות מוצצת של ירוד (קטרקט). אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

"ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסלי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא". אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל.....
.....
.....
הערות.....
.....
.....

ANESTHESIA טופס הסכמה להרדמה

סוגי החרדמה (אילחוש) המקובלים הם החרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות.

החרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת ה
מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב
הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. לדוגמה: להרדמה אזורית
הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספילית, בהן מוזרק חומר הרדמה לחלל סביב חוט השדרה (גב).

הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו.

יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמה: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכומי ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.
אצל אשה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון.
על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.
 שם החולה: _____

שם המזהם	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר				

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.
 כמו כן הוסברו לי מטרות ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.
 אני מצהיר/ה ומאשר/ת באת כי הוסברו לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית או כללית ואזורית) ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.
 הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.
 הוסברו לי תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד לשתיקות חולפים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחס לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול.
 במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה, למעט	
הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול להיות, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.	הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול להיות, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכן שההרדמה, על ציורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.	אני יודע/ת ומסכים/ה לכן שההרדמה, על ציורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.
"יידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא".	"יידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא".
אני יודע/ת ומסכים/ה לכן שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.	אני יודע/ת ומסכים/ה לכן שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.
תמצית ההסבר שניתן למטופל.....	

הערות:

הערות הסכמה: מקום שיחת ההסכמה: 25

נוכחים בעתה: 25

חתימת המטופל	שעה	תאריך
	14:30	28/4/23

שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה _____
חתימת הרופא/ה _____
מס' רשוי _____

Patient **ALMALIH, ERAN**

Date of birth **01/01/1976** Gender **Male**
 Patient ID **38374310** **SHEBA**

Physician **Surgeon** Operator **technitians**

Date of calibration test: **25/04/2023** by: **technitians** Result: **OK**
 Date of measurement: **25/04/2023** n: **1.3375** CVD: **12.00 mm**

Please note the information on the last page.

OD		IOL calculation		OS	
right				left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D		VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D	
				VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°	
Biometric values					
AL: 26.26 mm SD: 6 µm ACD: 3.45 mm SD: 6 µm LT: 4.48 mm SD: 21 µm WTW: 12.4 mm (!)				AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm ACD: 3.55 mm SD: 6 µm LT: 4.43 mm SD: 32 µm WTW: 12.8 mm (!)	
SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D K1: 41.90 D @ 35° ΔK: -0.14 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D TK1: 42.05 D @ 77° ΔTK: -0.23 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°				SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D K1: 41.57 D @ 73° ΔK: -0.21 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D TK1: 41.57 D @ 74° ΔTK: -0.40 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°	
K Alcon Acrysof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.39 +16.00 -1.03 +15.50 -0.67 +15.00 -0.32 +14.50 +0.03 +14.54 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Haigis - a0: -0.111 a1: +0.249 a2: +0.179 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.31 +16.00 -0.95 +15.50 -0.59 +15.00 -0.24 +14.50 +0.11 +14.65 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.18 +14.50 -0.83 +14.00 -0.48 +13.50 -0.13 +13.00 +0.21 +13.31 Emmetropia	
K Alcon Acrysof 1pc - SRK®/T - A const.: 118.80 IOL (D) Ref (D) +16.00 -1.10 +15.50 -0.75 +15.00 -0.41 +14.50 -0.07 +14.00 +0.27 +14.40 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Hoffer® Q - pACD: +5.44 IOL (D) Ref (D) +16.00 -1.07 +15.50 -0.73 +15.00 -0.40 +14.50 -0.07 +14.00 +0.26 +14.40 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - SRK®/T - A const.: 118.80 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.35 +14.50 -1.00 +14.00 -0.65 +13.50 -0.31 +13.00 +0.03 +13.04 Emmetropia	
K Alcon Acrysof 1pc - Hoffer® Q - pACD: +5.44 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.29 +14.50 -0.96 +14.00 -0.62 +13.50 -0.29 +13.00 +0.03 +13.05 Emmetropia					

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth 01/01/1976

Gender Male

Patient ID 38374310

SHEBA

Physician Surgeon

Operator technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

by: technicians

Result: OK

Date of measurement: 25/04/2023

n: 1.3375

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD right		Corneal values		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated		VS: Vitreous body VA: ---		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated	
VS: Vitreous body VA: ---				VS: Vitreous body VA: ---	
Corneal values					
SE: 41.96 D (!) K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° ΔK: -0.14 D @ 35°		SD: 0.07 D SD: 0.08 D SD: 0.06 D		SE: 41.68 D (!) K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° ΔK: -0.21 D @ 73°	
SE: 42.05 D SE: 41.95 D SE: 41.91 D		ΔK: -0.14 D @ 68° ΔK: -0.12 D @ 32° ΔK: -0.18 D @ 30°		SE: 41.81 D SE: 41.70 D SE: 41.63 D	
				ΔK: -0.23 D @ 75° ΔK: -0.20 D @ 73° ΔK: -0.23 D @ 73°	
Total Keratometry					
TSE: 42.17 D (!) TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167° ΔTK: -0.23 D @ 77°		SD: 0.12 D SD: 0.28 D SD: 0.15 D		TSE: 41.77 D (!) TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164° ΔTK: -0.40 D @ 74°	
TSE: 42.26 D TSE: 42.01 D TSE: 42.10 D		ΔTK: -0.32 D @ 76° ΔTK: -0.87 D @ 100° ΔTK: -0.16 D @ 69°		TSE: 41.91 D TSE: 41.77 D TSE: 41.73 D	
				ΔTK: -0.34 D @ 75° ΔTK: -0.49 D @ 70° ΔTK: -0.38 D @ 79°	
Corneal back surface values					
PSE: -5.43 D (!) PK1: -5.30 D @ 5° PK2: -5.56 D @ 95° ΔPK: -0.26 D @ 95°		SD: 0.07 D SD: 0.15 D SD: 0.26 D		PSE: -5.50 D (!) PK1: -5.43 D @ 165° PK2: -5.58 D @ 75° ΔPK: -0.16 D @ 75°	
PSE: -5.44 D PSE: -5.52 D PSE: -5.43 D		ΔPK: -0.18 D @ 82° ΔPK: -0.97 D @ 103° ΔPK: -0.22 D @ 99°		PSE: -5.51 D PSE: -5.53 D PSE: -5.48 D	
				ΔPK: -0.08 D @ 73° ΔPK: -0.27 D @ 68° ΔPK: -0.14 D @ 92°	
Other values					
CCT: 511 μm WTW: 12.4 mm (!) P: 6.1 mm		SD: 5 μm Ix: +0.2 mm Iy: -1.2 mm CW-chord: 0.2 mm @ 108°		CCT: 516 μm WTW: 12.8 mm (!) P: 6.0 mm	
				SD: 4 μm Ix: -0.1 mm Iy: +0.0 mm CW-chord: 0.2 mm @ 246°	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient **ALMALIH, ERAN**

Date of birth **01/01/1976**
Patient ID **38374310**

Gender **Male**

SHEBA

Physician **Surgeon** Operator **technitians**

Date of calibration test: **25/04/2023**
Date of measurement: **25/04/2023**

by: **technitians**
n: **1.3375**

Result: **OK**
CVD: **12.00 mm**

! Please note the information on the last page.

OD right		IOL calculation		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D		VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D	
				VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°	
Biometric values					
AL: 26.26 mm SD: 6 µm ACD: 3.45 mm SD: 6 µm LT: 4.48 mm SD: 21 µm WTW: 12.4 mm (!)				AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm ACD: 3.55 mm SD: 6 µm LT: 4.43 mm SD: 32 µm WTW: 12.8 mm (!)	
SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D ΔK: -0.14 D @ 35° TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D ΔTK: -0.23 D @ 77°		K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°		SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D ΔK: -0.21 D @ 73° TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D ΔTK: -0.40 D @ 74°	
				K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°	
K Alcon AcrySof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.39 +16.00 -1.03 +15.50 -0.67 +15.00 -0.32 +14.50 +0.03 +14.54 Emmetropia		K Hanita SEELENS AF - Barrett Universal II - LF: +1.78 DF: Default IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.25 +16.00 -0.90 +15.50 -0.55 +15.00 -0.20 +14.50 +0.15 +14.72 Emmetropia		K Alcon AcrySof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.18 +14.50 -0.83 +14.00 -0.48 +13.50 -0.13 +13.00 +0.21 +13.31 Emmetropia	
				K Hanita SEELENS AF - Barrett Universal II - LF: +1.78 DF: Default IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.06 +14.50 -0.71 +14.00 -0.37 +13.50 -0.02 +13.00 +0.31 +13.47 Emmetropia	
K Alcon AcrySof 3pc - Barrett Universal II - LF: +1.99 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.05 +16.00 -0.70 +15.50 -0.35 +15.00 -0.01 +14.50 +0.32 +14.98 Emmetropia		K Hanita AC IOL - Barrett Universal II - LF: -0.26 DF: Default IOL (D) Ref (D) +14.00 -1.25 +13.50 -0.84 +13.00 -0.44 +12.50 -0.04 +12.00 +0.35 +12.45 Emmetropia		K Alcon AcrySof 3pc - Barrett Universal II - LF: +1.99 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.50 -1.22 +15.00 -0.88 +14.50 -0.53 +14.00 -0.20 +13.50 +0.14 +13.71 Emmetropia	
				K Hanita AC IOL - Barrett Universal II - LF: -0.26 DF: Default IOL (D) Ref (D) +13.00 -1.27 +12.50 -0.86 +12.00 -0.46 +11.50 -0.07 +11.00 +0.32 +11.41 Emmetropia	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth 01/01/1976

Gender Male

Patient ID 38374310

SHEBA

Physician Surgeon

Operator technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

by: technicians

Result: OK

Date of measurement: 25/04/2023

n: 1.3375

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD right		Corneal values		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated		VS: Vitreous body VA: ---		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated	
VS: Vitreous body VA: ---				VS: Vitreous body VA: ---	
Corneal values					
SE: 41.96 D (!) K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° ΔK: -0.14 D @ 35°		SD: 0.07 D SD: 0.08 D SD: 0.06 D		SE: 41.68 D (!) K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° ΔK: -0.21 D @ 73°	
SE: 42.05 D SE: 41.95 D SE: 41.91 D		ΔK: -0.14 D @ 68° ΔK: -0.12 D @ 32° ΔK: -0.18 D @ 30°		SE: 41.81 D SE: 41.70 D SE: 41.63 D	
				ΔK: -0.23 D @ 75° ΔK: -0.20 D @ 73° ΔK: -0.23 D @ 73°	
Total Keratometry					
TSE: 42.17 D (!) TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167° ΔTK: -0.23 D @ 77°		SD: 0.12 D SD: 0.28 D SD: 0.15 D		TSE: 41.77 D (!) TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164° ΔTK: -0.40 D @ 74°	
TSE: 42.26 D TSE: 42.01 D TSE: 42.10 D		ΔTK: -0.32 D @ 76° ΔTK: -0.87 D @ 100° ΔTK: -0.16 D @ 69°		TSE: 41.91 D TSE: 41.77 D TSE: 41.73 D	
				ΔTK: -0.34 D @ 75° ΔTK: -0.49 D @ 70° ΔTK: -0.38 D @ 79°	
Corneal back surface values					
PSE: -5.43 D (!) PK1: -5.30 D @ 5° PK2: -5.56 D @ 95° ΔPK: -0.26 D @ 95°		SD: 0.07 D SD: 0.15 D SD: 0.26 D		PSE: -5.50 D (!) PK1: -5.43 D @ 165° PK2: -5.58 D @ 75° ΔPK: -0.16 D @ 75°	
PSE: -5.44 D PSE: -5.52 D PSE: -5.43 D		ΔPK: -0.18 D @ 82° ΔPK: -0.97 D @ 103° ΔPK: -0.22 D @ 99°		PSE: -5.51 D PSE: -5.53 D PSE: -5.48 D	
				ΔPK: -0.08 D @ 73° ΔPK: -0.27 D @ 68° ΔPK: -0.14 D @ 92°	
Other values					
CCT: 511 μm WTW: 12.4 mm (!) P: 6.1 mm		SD: 5 μm lx: +0.2 mm ly: -1.2 mm CW-chord: 0.2 mm @ 108°		CCT: 516 μm WTW: 12.8 mm (!) P: 6.0 mm	
				SD: 4 μm lx: -0.1 mm ly: +0.0 mm CW-chord: 0.2 mm @ 246°	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth

01/01/1976

Patient ID

38374310

Gender

Male

SHEBA

Physician

Surgeon

Operator

technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

Date of measurement: 25/04/2023

by: technicians

n: 1.3375

Result: OK

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD
right

IOL calculation

OS
left

Eye status

LS: Phakic

Ref: ---

LVC: Untreated

Target ref.: -0.50 D

VS: Vitreous body

VA: ---

LVC mode: -

SIA: +0.00 D @ 90°

LS: Phakic

Ref: ---

LVC: Untreated

Target ref.: -0.50 D

VS: Vitreous body

VA: ---

LVC mode: -

SIA: +0.00 D @ 90°

Biometric values

AL: 26.26 mm SD: 6 µm
 ACD: 3.45 mm SD: 6 µm
 LT: 4.48 mm SD: 21 µm
 WTW: 12.4 mm (!)

SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D K1: 41.90 D @ 35°
 ΔK: -0.14 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125°
 TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D TK1: 42.05 D @ 77°
 ΔTK: -0.23 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°

AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm
 ACD: 3.55 mm SD: 6 µm
 LT: 4.43 mm SD: 32 µm
 WTW: 12.8 mm (!)
 SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D K1: 41.57 D @ 73°
 ΔK: -0.21 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163°
 TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D TK1: 41.57 D @ 74°
 ΔTK: -0.40 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°

K Alcon Acrysof 1pc

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+16.00	-1.10
+15.50	-0.75
+15.00	-0.41
+14.50	-0.07
+14.00	+0.27
+14.40	Emmetropia

K Hanita SEELENS AF

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+16.00	-1.10
+15.50	-0.75
+15.00	-0.41
+14.50	-0.07
+14.00	+0.27
+14.40	Emmetropia

K Alcon Acrysof 1pc

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.35
+14.50	-1.00
+14.00	-0.65
+13.50	-0.31
+13.00	+0.03
+13.04	Emmetropia

K Hanita SEELENS AF

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.35
+14.50	-1.00
+14.00	-0.65
+13.50	-0.31
+13.00	+0.03
+13.04	Emmetropia

K Alcon AcrySof 3pc

- SRK@/T -

A const.: 119.20

IOL (D)	Ref (D)
+16.50	-1.21
+16.00	-0.87
+15.50	-0.53
+15.00	-0.19
+14.50	+0.14
+14.71	Emmetropia

K Hanita AC IOL

- SRK@/T -

A const.: 114.90

IOL (D)	Ref (D)
+13.50	-1.40
+13.00	-0.99
+12.50	-0.58
+12.00	-0.17
+11.50	+0.23
+11.79	Emmetropia

K Alcon AcrySof 3pc

- SRK@/T -

A const.: 119.20

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.13
+14.50	-0.79
+14.00	-0.45
+13.50	-0.12
+13.00	+0.21
+13.32	Emmetropia

K Hanita AC IOL

- SRK@/T -

A const.: 114.90

IOL (D)	Ref (D)
+12.50	-1.46
+12.00	-1.05
+11.50	-0.64
+11.00	-0.23
+10.50	+0.17
+10.71	Emmetropia

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth
Patient ID

01/01/1976
38374310

Gender

Male

SHEBA

Physician

Surgeon

Operator

technitians

Date of calibration test: 25/04/2023
Date of measurement: 25/04/2023

by: technitians
n: 1.3375

Result: OK
CVD: 12.00 mm

Warnings for measurements

Axial length of the right eye is 0.61 mm shorter than axial length of the left eye. - Note: re-check measurement values.

[OD]

OD: Keratometry value is uncertain.

OD: Axial length of right eye: 26.26 mm. - Note: long eye.

[OS]

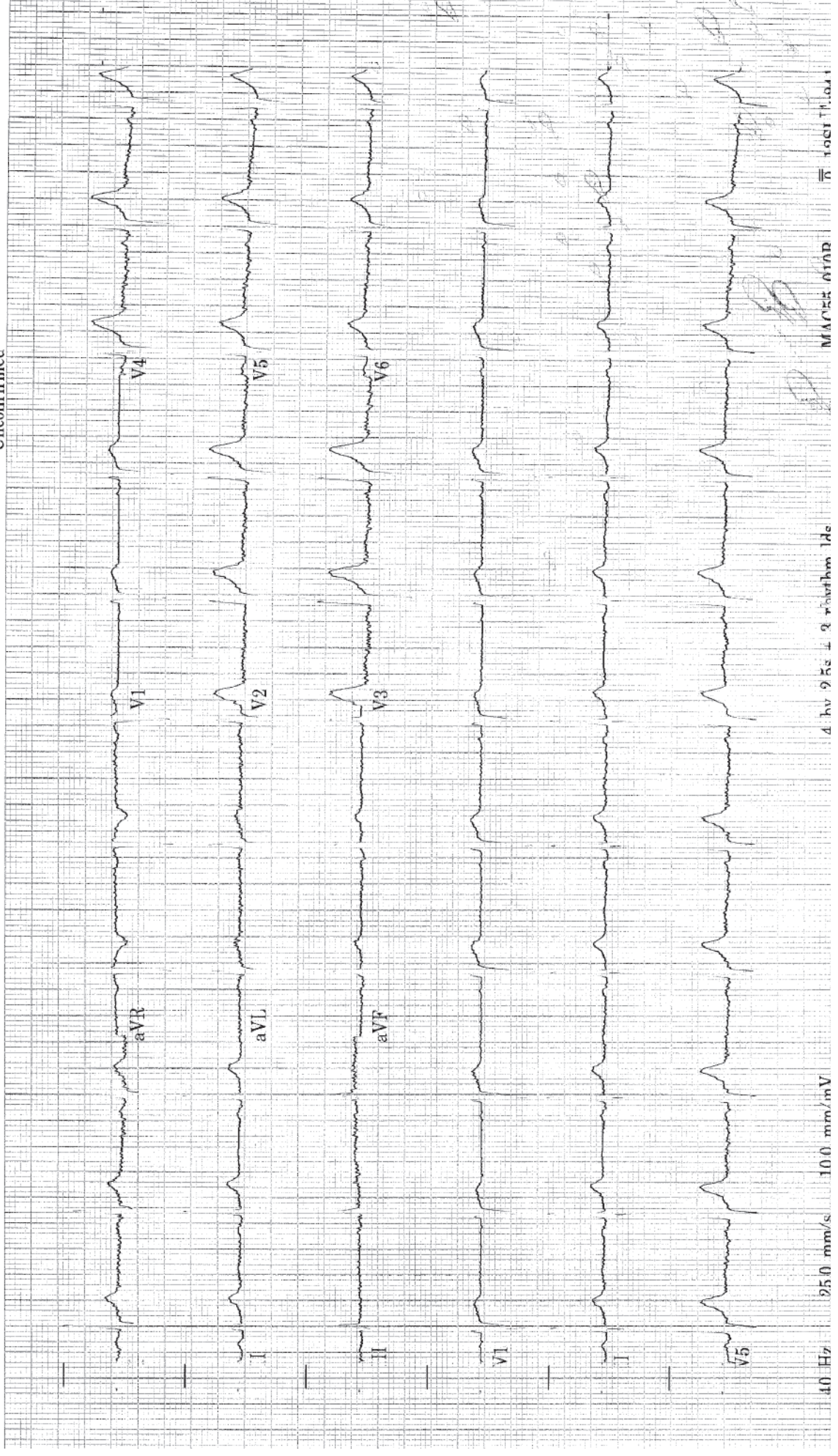
OS: Keratometry value is uncertain.

OS: Axial length measurements slightly inconsistent. Please check fixation.

OS: Axial length of left eye: 26.87 mm. - Note: long eye.

W ID: 0038374310 25-Apr-2023 11:25:10
Vent. rate 65 bpm
PR interval 18 ms
QRS duration 86 ms
QT/QTc 346/359 ms
P-R-T axes 8 50 44
Normal sinus rhythm
Normal ECG

Unconfirmed





1

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח עח
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

סיבת הפנייה ומחלה נוכחית

היום אירוע של הבדקי אור מזל עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה HM			6/6		

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
מקיה	זגוגית	VH
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	לא ניתן להתרשם
תקינה	מקולה	לא ניתן להתרשם

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

לא ניתן להתרשם
רשתית
צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף
US -רשתית צמודה בכל המבטים,
עכירות מובילות בזגוגית, כללי

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

סיכום ביקור

VH משמאל ככה"נ על רקע של PVD. US ללא חשש להפרדות או קרע.
נעקוב באופן תכוף לאור הסבירות הגבוהה כי מלווה בקרע.

המלצות

המלצה: -שינה עם ראש מוגבה
-יש להמנע מפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.
-ביקורת מרפאת רשתית ביום ג' 8:00
-בכל החמרה כללית, ירידה בראיה, הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.
חופשת מחלה: 3 ימים.

במידה ואין ברשותך התחייבות לביקור במיון תשלח אליך דרישה לתשלום.
עפ"י הנחיות משרד הבריאות בתום ביקור בחדר המיון המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא המשפחה בקהילה.

לתשומת לב המטופלים המגיעים למיון בימי שישי וערבי חג!!!

מטופל שנבדק ביום חמישי/שישי/ערב חג ומוזמן לביקורת במיון למחרת, יידרש לשלם עבר בדיקת מיון נוספת.
לפני הבדיקה השנייה יש לפנות למוקד קופת חולים על מנת לקבל התחייבות/הפניה לבדיקת מיון.
במידה ולא תפנה למוקד קופת חולים - ייתכן שקופת החולים לא תכסה את עלות הביקור השני

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

אם במהלך הבירור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למחלקת המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 22:36 23/04/2023

2

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי

5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57

סיבת הפנייה ומחלה נוכחית

היום אירוע של הבזקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, נעת ירידה בראיה.
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת חדות ראיה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראיה HM			6/6		

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
נקיה	זגוגית	VH
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	לא ניתן להתרשם
תקינה	מקולה	לא ניתן להתרשם

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57
לא ניתן להתרשם
רשתית צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף
US -רשתית צמודה בכל המבטים, כללי
עכירות מובילות בזגוגית.

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

סיכום ביקור

VH משמאל ככה"נ על רקע של PVD. US ללא רושם להפרדות או קרע.
נעקוב באופן תכוף לאור הסבירות הגבוהה כי מלווה בקרע.

המלצות

המלצה: שינה עם ראש מוגבה
יש להמנע מפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.
ביקורת מרפאת רשתית ביום ג' 8:00
בכל החמרה כללית, ירידה בראיה, הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.
חופשת מחלה: 3 ימים.

במידה ואין ברשותך התחייבות לביקור במיון תשלח אליך דרישה לתשלום.
עפ"י הנחיות משרד הבריאות בתום ביקור בחדר המיון המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא המשפחה בקהילה.

לתשומת לב המטופלים המגיעים למיון בימי שישי וערבי חג!!!

מטופל שנבדק ביום המישי/שישי/ערב חג ומוזמן לביקורת במיון למחרת, יידרש לשלם עבר בדיקת מיון נוספת.
לפני הבדיקה השנייה יש לפנות למוקד קופת חולים על מנת לקבל התחייבות/הפניה לבדיקת מיון.
במידה ולא תפנה למוקד קופת חולים - ייתכן שקופת החולים לא תכסה את עלות הביקור השני

מיון עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 04220123042023 קופת חולים: קופ"ח מכבי
5964419
תאריך ביקור: 23/04/2023 שעת קבלה: 19:57
כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים

אם במהלך הבירור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 22:36 23/04/2023

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

3

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

ביקורת לאור VH בעין שמאל
היום אירוע של הבדקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
לציון חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה	p	6/6	p		
עם חריר	p		p		
לוח מטר	חלקי p	1/30			

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	12	תקינים
תקינים	עפעפיים		
שקטה	לחמית	שקטה	
שקופה	קרנית	שקופה	
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ	
שלמה	קשתית	שלמה	
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית	
זכה	עדשה	זכה	
נקיה	זגוגית	VH	
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	רושם שתקיה	



רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023

צמודה	מקולה	תקינה
במטושטש, לפחות 4 קרעים, קרע עליון גדול של כשעתיים לפחות עם הפרדות	רשתית	צמודה, שינויים פיגמנטריים בהיקף עם אחיזת זגוגית בהיקף
US - הפרדות עליונה	כללי	

אבחנות בביקור

- Vitreous hemorrhage (379.23) (Left)

אבחנות רקע עיניות

- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)

סיכום ביקור ותוכנית טיפול

הפרדות רשתית עליונה מקולה און לניתוח

המלצות

המלצה: אשפוז לניתוח

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' הוסטובסקי אבנר מ.ר. 99305

מסמך זה הינו הפניה רפואית ומועד התור הינו המלצה בלבד, על מנת לזמן תור יש לפנות למזכירות.
לזימון תורים נא להתקשר לטלפון מספר 03-5305000 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00

אם במהלך הבריר והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22879652 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 25/04/2023
כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419
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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 10:13 25/04/2023

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

4

עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 26/04/2023

אבחנות עיניים

- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)
- RETINAL DETACHMENT WITH RETINAL DEFECT (361) (Left)

אבחנות בשחרור

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

ניתוחים באשפוז

POSTERIOR VITRECTOMY 9707
14.72 (Left) 25/04/2023
GAS/AIR INJECTION 9710
14.75 (Left) 25/04/2023

מחלה נוכחית

לניתוח תיקון הפרדות רשתית בעין שמאל

ביקורת לאור VH בעין שמאל
היום אירוע של הבזקי אור מול עין שמאל. לאחר מכן הופעת FLOATERS, כעת ירידה בראיה.
לציון חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.
בבדיקתו במפראה רחשם להפרדות רשתית MAC ON

מתאשפז לניתוח תיקון הפרדות רשתית

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
חדות ראייה	ק		6/6	ק	
עם חריר	ק			ק	
לוח מטר	חלקי ק	1/30			

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

עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע	12
תקינים	עפעפיים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ
שלמה	קשתית	שלמה
מורחב פרמקולוגית	אישון	מורחב פרמקולוגית
זכה	עדשה	זכה
נקיה	זגוגית	VH
גוון תקין גבולות חדים קיעור 0.3	דיסקה	רושם שתקיה
תקינה	מקולה	צמודה
צמודה, שיניים פיגמנטריים בהיקף עם אחיזת זגוגית בהיקף	רשתית	במטושטש, לפחות 4 קרעים, קרע עליון גדול של כשעתיים לפחות עם הפרדות
	כללי	US - הפרדות עליונה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מצב תפקודי - ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

11:44 25/04/2023

נרשם ע"י סלמון שרה מ.ר. 102473

תפקוד: עצמאי

ניידות: ניד לא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

בדיקת חדות ראייה בשחרור

07:25 26/04/2023

נרשם ע"י דר' כהן גלי-עקב מ.ר. 163189

עין: שמאל

חדות ראייה: HM

בדיקת עיניים שחרור

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

עניינים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

סיכום מחלה

כתובת: כהן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

07:25 26/04/2023

נרשם ע"י דר' כהן גליעקב מ.ר. 163189

עין: שמאל

לחץ ת.ע: 23

לחמית: SCH תפרים במראה תקין

קרנית: שקופה

לשכה קדמית: עצ

עדשה: יחיד נוצתי

זגוגית: גז 90 אחוז

קרקעית: קטעי רשתית צמודה ראות מוגבלת

סיכום ניתוח

16:11 16:11 25/04/2023

מהלך תקין

מהלך ודין

נבר ניתוח PPV לאור הפרדות רשתית בעין שמאל במהלך תקין
בשיחה עם המנתח
משתחרר עם ההמלצות הבאות

תרופות עיניים

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
STERODEX 0.1% (DEXAMETHASONE)	Lt. Eye	1 drops	ביום 1 X 4	1 חודשים		1		✓
OFLOX eye drops (OFLOXACIN)	Lt. Eye	1 drops	ביום 1 X 4	1 שבועות		1		✓

המלצות כלליות

המלצה: -ביקורת מרפאת רשתית ד"ר כץ בעוד שבועיים יום רביעי טיפת סטרודקס + אופלוקס 4 פעמים ביום לעין המנותחת

עד לביקורת

יש להקפיד על מנח ראש כפי שהוסבר לחולה עד לביקורת.

יש להמנע מטיסה, שהייה במקומות גבוהים או מהרדמה כללית עד לביקורת.

מגן עין בשינה.

פנים מטה

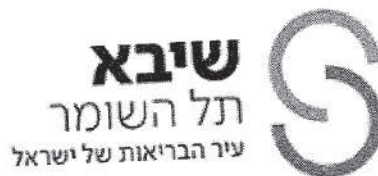
יש להמנע מרחצה בים או בבריכה ומפעילות גופנית מאומצת עד לביקורת.

בכל החמרה כללית, ירידה בראיה או הופעת סימני זיהום או דימום יש לפנות לבדיקת רופא באופן מיידי.

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

רופא: דר' ארזי מתן מ.ר. 167221

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

עיניים

מנהל המחלקה: דר' אלחלל אמיר
אחות אחראית: גב' פילוס סימה

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

סיכום מחלה

כתובת: כרן אלי 24 בת ים בת ים 5964419

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר קבלה: 2435009 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך אשפוז: 25/04/2023

מומלצת מנוחה. בכל החמרה יש לשוב בהקדם לבדיקת עיניים

טיפול במדללי דם
במידה והופסק טיפול במדללי דם טרם הניתוח, יש לחדש טיפול יום לאחר הניתוח אלא אם כן קיבלת הוראה אחרת מהרופא המנתח.



Mattan
Arazi
26/04/2023
10:59:18

נחתם ע"י: דר' ארזי מתן מ.ר. 167221

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

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

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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 <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

זמן הדפסה: 10:59 26/04/2023



5

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22977749 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 14/05/2023
כתובת: אנה פרנק 29 בת ים בת ים 5962624

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

בעין שמאל לאחר ניתוח ויטרקטומיה להפרדות רשתית 25/4/2023
נראתה הפרדות רשתית בין 2-12 קרע ב 1 ועוד 5 קרעים בהקיף בוצע לייזר
LE PPV LASER C3F8 14
STERODEX OFLOX

לפני ההפרדות היה VH בעין שמאל
לציין חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח-אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)
S/P POSTERIOR VITRECTOMY 9707 (14.72) (Left) (25/04/2023)
S/P GAS/AIR INJECTION 9710 (14.75) (Left) (25/04/2023)

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
LP	p	6/6	p	p	p
חדות ראייה	p		p	p	
עם חריר	p		p	p	
לוח מטר	p		p	p	

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	16	תקינים
תקינים	עפעפיים	תקינים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה	שקופה
ע"צ	לשכה קדמית	ע"צ	לשכה קדמית
שלמה	קשתית	שלמה	קשתית

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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



6

רשתית - מרפאת עיניים

טלפון: 03-5305000
פקס: 03-5305001

מנהל מרפאת רשתית: ד"ר כץ גבריאל
אחות אחראית: גב' נירה גרנות

סיכום ביקור

כתובת: אנה פרנק 29 בת ים בת ים 5962624

38374310 אלמליח ערן
בן: 47 מספר ביקור: 22977749 קופת חולים: קופ"ח מכבי
תאריך ביקור: 14/05/2023

סיבת הפניה ומחלה נוכחית

בעין שמאל לאחר ניתוח ויטרקטומיה להפרדות רשתית 25/4/2023
LE PPV LASER C3F8 14. נראתה הפרדות רשתית בין 2-12 קרע ב12 קרע ב1 ועוד 5 קרעים בהקיף בוצע לייזר
STERODEX OFLOX

OCT14/5/2023

עין שמאל רואים בועת גז 50 עם הצללה SCAN בגבול הגז ואינפריאורית רשתית צמודה

לפני ההפרגות היה VH בעין שמאל
לציין חבלה של העין בעין שמאל בזמן שיעור ביום ראשון עם הופעת טשטוש הראיה מיד לאחר החבלה
נבדק על ידי רופא עיניים בקופ"ח- אבחן VH.

רקע עיני- מיופיה סביב- 4

רקע סיסטמי- בריא בד"כ

רגישויות- ללא

רגיש

ניתוחים בעבר

S/P EAR RECONSTRUCTION (18.71.06) (Right) (03/07/2015)
S/P OTHER (1) (02/10/2015)
S/P POSTERIOR VITRECTOMY 9707 (14.72) (Left) (25/04/2023)
S/P GAS/AIR INJECTION 9710 (14.75) (Left) (25/04/2023)

לא ידועה רגישות לתרופות בדיקת חדות ראייה

עין שמאל	משקפיים	עדשות מגע	עין ימין	משקפיים	עדשות מגע
LP	p		6/6	p	
חדות ראייה	p			p	
עם חריר	p			p	
לוח מטר	p			p	

בדיקת עיניים כללית

12	לחץ ת.ע.	16	תקינים
תקינים	עפעפיים	תקינים	תקינים
שקטה	לחמית	שקטה	שקטה
שקופה	קרנית	שקופה	שקופה

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

חסוי רפואי

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנוק הזגוגית משולב עם נוק לרשתית. היפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מחבלה, מחלות עיניים או מחלות כמו סכרת ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה מתבצע ניתוח במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות בשילוב עם ניתוח לכריתת הזגוגית והזרקת חומר מיוחד לעין כתחליף לזגוגית. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה:			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר		שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין ימין / שמאל * עם / בלי * ניתוח לתיקון היפרדות רשתית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב. הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות כי כאשר הניתוח מבוצע גם בשל היפרדות רשתית, יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוח/ים נוסף/ים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת שיעריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, היפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אבדן מוחלט של הראיה בעין והצטמקות גלגל העין. אם הניתוח כולל גם תיקון היפרדות רשתית אפשריים סיכויים כמו פזילה, עליית הלחץ התוך עיני והתפתחות מוצצת של ירוד (קטרקט). אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

"ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסלי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא". אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל.....
.....
.....
הערות.....
.....
.....

אלחלח טרן
3837431-0 : ת.ח.
לידה: 1976
ח.ח. : ע"י
40201 : ע"י
25/04/23 : ע"י
24-35009 : ע"י
UCEVT32 : ע"י
24-35009 : ע"י
אשפ' : ע"י

טופס הסכמה להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אילחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות.
הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת ה- מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.
הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. לדוגמה: להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה (גב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו.
יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמה: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.
אצל אשה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון.
על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.
שם החולה:

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם פרטי	שם משפחה			

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.
כמו כן הוסבר לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית או כללית ואזורית) ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.
הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבלעיה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור החוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.
הוסבר לי תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד לשינויים חולפים. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול.
במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה, למעט
הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שההרדמה, על צורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.
יידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינון אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפקוח מלא.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.
תמצית ההסבר שניתן למטופל.

הערות הסכמה: מקום שיחת ההסכמה:
נוכחים בשיחה:

תאריך: 26/4/23
שעה: 14:35
חתימת המטופל: [חתימה]
חתימת הרופא/ה: [חתימה]

שם האפוסטרופוס (קירבה): חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

שם הרופא/ה: [חתימה]
חתימת הרופא/ה: [חתימה]
מס' רשיון: 240188

Patient **ALMALIH, ERAN**

Date of birth **01/01/1976** Gender **Male**
 Patient ID **38374310** **SHEBA**

Physician **Surgeon** Operator **technitians**

Date of calibration test: **25/04/2023** by: **technitians** Result: **OK**
 Date of measurement: **25/04/2023** n: **1.3375** CVD: **12.00 mm**

Please note the information on the last page.

OD		IOL calculation		OS	
right				left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D		VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D	
				VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°	
Biometric values					
AL: 26.26 mm SD: 6 µm ACD: 3.45 mm SD: 6 µm LT: 4.48 mm SD: 21 µm WTW: 12.4 mm (!)				AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm ACD: 3.55 mm SD: 6 µm LT: 4.43 mm SD: 32 µm WTW: 12.8 mm (!)	
SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D K1: 41.90 D @ 35° ΔK: -0.14 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D TK1: 42.05 D @ 77° ΔTK: -0.23 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°				SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D K1: 41.57 D @ 73° ΔK: -0.21 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D TK1: 41.57 D @ 74° ΔTK: -0.40 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°	
K Alcon Acrysof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.39 +16.00 -1.03 +15.50 -0.67 +15.00 -0.32 +14.50 +0.03 +14.54 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Haigis - a0: -0.111 a1: +0.249 a2: +0.179 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.31 +16.00 -0.95 +15.50 -0.59 +15.00 -0.24 +14.50 +0.11 +14.65 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.18 +14.50 -0.83 +14.00 -0.48 +13.50 -0.13 +13.00 +0.21 +13.31 Emmetropia	
K Alcon Acrysof 1pc - SRK®/T - A const.: 118.80 IOL (D) Ref (D) +16.00 -1.10 +15.50 -0.75 +15.00 -0.41 +14.50 -0.07 +14.00 +0.27 +14.40 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - Hoffer® Q - pACD: +5.44 IOL (D) Ref (D) +16.00 -1.07 +15.50 -0.73 +15.00 -0.40 +14.50 -0.07 +14.00 +0.26 +14.40 Emmetropia		K Alcon Acrysof 1pc - SRK®/T - A const.: 118.80 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.35 +14.50 -1.00 +14.00 -0.65 +13.50 -0.31 +13.00 +0.03 +13.04 Emmetropia	
K Alcon Acrysof 1pc - Hoffer® Q - pACD: +5.44 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.29 +14.50 -0.96 +14.00 -0.62 +13.50 -0.29 +13.00 +0.03 +13.05 Emmetropia					

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth 01/01/1976

Gender Male

Patient ID 38374310

SHEBA

Physician Surgeon

Operator technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

by: technicians

Result: OK

Date of measurement: 25/04/2023

n: 1.3375

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD right		Corneal values		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated		VS: Vitreous body VA: ---		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated	
VS: Vitreous body VA: ---				VS: Vitreous body VA: ---	
Corneal values					
SE: 41.96 D (!) K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° ΔK: -0.14 D @ 35°		SD: 0.07 D SD: 0.08 D SD: 0.06 D		SE: 41.68 D (!) K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° ΔK: -0.21 D @ 73°	
SE: 42.05 D SE: 41.95 D SE: 41.91 D		ΔK: -0.14 D @ 68° ΔK: -0.12 D @ 32° ΔK: -0.18 D @ 30°		SE: 41.81 D SE: 41.70 D SE: 41.63 D	
				ΔK: -0.23 D @ 75° ΔK: -0.20 D @ 73° ΔK: -0.23 D @ 73°	
Total Keratometry					
TSE: 42.17 D (!) TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167° ΔTK: -0.23 D @ 77°		SD: 0.12 D SD: 0.28 D SD: 0.15 D		TSE: 41.77 D (!) TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164° ΔTK: -0.40 D @ 74°	
TSE: 42.26 D TSE: 42.01 D TSE: 42.10 D		ΔTK: -0.32 D @ 76° ΔTK: -0.87 D @ 100° ΔTK: -0.16 D @ 69°		TSE: 41.91 D TSE: 41.77 D TSE: 41.73 D	
				ΔTK: -0.34 D @ 75° ΔTK: -0.49 D @ 70° ΔTK: -0.38 D @ 79°	
Corneal back surface values					
PSE: -5.43 D (!) PK1: -5.30 D @ 5° PK2: -5.56 D @ 95° ΔPK: -0.26 D @ 95°		SD: 0.07 D SD: 0.15 D SD: 0.26 D		PSE: -5.50 D (!) PK1: -5.43 D @ 165° PK2: -5.58 D @ 75° ΔPK: -0.16 D @ 75°	
PSE: -5.44 D PSE: -5.52 D PSE: -5.43 D		ΔPK: -0.18 D @ 82° ΔPK: -0.97 D @ 103° ΔPK: -0.22 D @ 99°		PSE: -5.51 D PSE: -5.53 D PSE: -5.48 D	
				ΔPK: -0.08 D @ 73° ΔPK: -0.27 D @ 68° ΔPK: -0.14 D @ 92°	
Other values					
CCT: 511 μm WTW: 12.4 mm (!) P: 6.1 mm		SD: 5 μm Ix: +0.2 mm Iy: -1.2 mm CW-chord: 0.2 mm @ 108°		CCT: 516 μm WTW: 12.8 mm (!) P: 6.0 mm	
				SD: 4 μm Ix: -0.1 mm Iy: +0.0 mm CW-chord: 0.2 mm @ 246°	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient **ALMALIH, ERAN**

Date of birth **01/01/1976**
Patient ID **38374310**

Gender **Male**

SHEBA

Physician **Surgeon**

Operator **technitians**

Date of calibration test: **25/04/2023**
Date of measurement: **25/04/2023**

by: **technitians**
n: **1.3375**

Result: **OK**
CVD: **12.00 mm**

! Please note the information on the last page.

OD right		IOL calculation		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D		VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated Target ref.: -0.50 D	
				VS: Vitreous body VA: --- LVC mode: - SIA: +0.00 D @ 90°	
Biometric values					
AL: 26.26 mm SD: 6 µm ACD: 3.45 mm SD: 6 µm LT: 4.48 mm SD: 21 µm WTW: 12.4 mm (!)				AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm ACD: 3.55 mm SD: 6 µm LT: 4.43 mm SD: 32 µm WTW: 12.8 mm (!)	
SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D ΔK: -0.14 D @ 35° TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D ΔTK: -0.23 D @ 77°		K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°		SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D ΔK: -0.21 D @ 73° TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D ΔTK: -0.40 D @ 74°	
				K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°	
K Alcon AcrySof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.39 +16.00 -1.03 +15.50 -0.67 +15.00 -0.32 +14.50 +0.03 +14.54 Emmetropia		K Hanita SEELENS AF - Barrett Universal II - LF: +1.78 DF: Default IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.25 +16.00 -0.90 +15.50 -0.55 +15.00 -0.20 +14.50 +0.15 +14.72 Emmetropia		K Alcon AcrySof 1pc - Barrett Universal II - LF: +1.64 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.18 +14.50 -0.83 +14.00 -0.48 +13.50 -0.13 +13.00 +0.21 +13.31 Emmetropia	
				K Hanita SEELENS AF - Barrett Universal II - LF: +1.78 DF: Default IOL (D) Ref (D) +15.00 -1.06 +14.50 -0.71 +14.00 -0.37 +13.50 -0.02 +13.00 +0.31 +13.47 Emmetropia	
K Alcon AcrySof 3pc - Barrett Universal II - LF: +1.99 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +16.50 -1.05 +16.00 -0.70 +15.50 -0.35 +15.00 -0.01 +14.50 +0.32 +14.98 Emmetropia		K Hanita AC IOL - Barrett Universal II - LF: -0.26 DF: Default IOL (D) Ref (D) +14.00 -1.25 +13.50 -0.84 +13.00 -0.44 +12.50 -0.04 +12.00 +0.35 +12.45 Emmetropia		K Alcon AcrySof 3pc - Barrett Universal II - LF: +1.99 DF: +5.0 IOL (D) Ref (D) +15.50 -1.22 +15.00 -0.88 +14.50 -0.53 +14.00 -0.20 +13.50 +0.14 +13.71 Emmetropia	
				K Hanita AC IOL - Barrett Universal II - LF: -0.26 DF: Default IOL (D) Ref (D) +13.00 -1.27 +12.50 -0.86 +12.00 -0.46 +11.50 -0.07 +11.00 +0.32 +11.41 Emmetropia	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth 01/01/1976

Gender Male

Patient ID 38374310

SHEBA

Physician Surgeon

Operator technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

by: technicians

Result: OK

Date of measurement: 25/04/2023

n: 1.3375

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD right		Corneal values		OS left	
Eye status					
LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated		VS: Vitreous body VA: ---		LS: Phakic Ref: --- LVC: Untreated	
VS: Vitreous body		VA: ---		VS: Vitreous body VA: ---	
Corneal values					
SE: 41.96 D (!) K1: 41.90 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125° ΔK: -0.14 D @ 35°		SD: 0.07 D SD: 0.08 D SD: 0.06 D		SE: 41.68 D (!) K1: 41.57 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163° ΔK: -0.21 D @ 73°	
SE: 42.05 D SE: 41.95 D SE: 41.91 D		ΔK: -0.14 D @ 68° ΔK: -0.12 D @ 32° ΔK: -0.18 D @ 30°		SE: 41.81 D SE: 41.70 D SE: 41.63 D	
				ΔK: -0.23 D @ 75° ΔK: -0.20 D @ 73° ΔK: -0.23 D @ 73°	
Total Keratometry					
TSE: 42.17 D (!) TK1: 42.05 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167° ΔTK: -0.23 D @ 77°		SD: 0.12 D SD: 0.28 D SD: 0.15 D		TSE: 41.77 D (!) TK1: 41.57 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164° ΔTK: -0.40 D @ 74°	
TSE: 42.26 D TSE: 42.01 D TSE: 42.10 D		ΔTK: -0.32 D @ 76° ΔTK: -0.87 D @ 100° ΔTK: -0.16 D @ 69°		TSE: 41.91 D TSE: 41.77 D TSE: 41.73 D	
				ΔTK: -0.34 D @ 75° ΔTK: -0.49 D @ 70° ΔTK: -0.38 D @ 79°	
Corneal back surface values					
PSE: -5.43 D (!) PK1: -5.30 D @ 5° PK2: -5.56 D @ 95° ΔPK: -0.26 D @ 95°		SD: 0.07 D SD: 0.15 D SD: 0.26 D		PSE: -5.50 D (!) PK1: -5.43 D @ 165° PK2: -5.58 D @ 75° ΔPK: -0.16 D @ 75°	
PSE: -5.44 D PSE: -5.52 D PSE: -5.43 D		ΔPK: -0.18 D @ 82° ΔPK: -0.97 D @ 103° ΔPK: -0.22 D @ 99°		PSE: -5.51 D PSE: -5.53 D PSE: -5.48 D	
				ΔPK: -0.08 D @ 73° ΔPK: -0.27 D @ 68° ΔPK: -0.14 D @ 92°	
Other values					
CCT: 511 μm WTW: 12.4 mm (!) P: 6.1 mm		SD: 5 μm lx: +0.2 mm ly: -1.2 mm CW-chord: 0.2 mm @ 108°		CCT: 516 μm WTW: 12.8 mm (!) P: 6.0 mm	
				SD: 4 μm lx: -0.1 mm ly: +0.0 mm CW-chord: 0.2 mm @ 246°	

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth

01/01/1976

Patient ID

38374310

Gender

Male

SHEBA

Physician

Surgeon

Operator

technicians

Date of calibration test: 25/04/2023

Date of measurement: 25/04/2023

by: technicians

n: 1.3375

Result: OK

CVD: 12.00 mm

Please note the information on the last page.

OD
right

IOL calculation

OS
left

Eye status

LS: Phakic

Ref: ---

LVC: Untreated

Target ref.: -0.50 D

VS: Vitreous body

VA: ---

LVC mode: -

SIA: +0.00 D @ 90°

LS: Phakic

Ref: ---

LVC: Untreated

Target ref.: -0.50 D

VS: Vitreous body

VA: ---

LVC mode: -

SIA: +0.00 D @ 90°

Biometric values

AL: 26.26 mm SD: 6 µm
 ACD: 3.45 mm SD: 6 µm
 LT: 4.48 mm SD: 21 µm
 WTW: 12.4 mm (!)

SE: 41.96 D (!) SD: 0.07 D K1: 41.90 D @ 35°
 ΔK: -0.14 D @ 35° K2: 42.03 D @ 125°
 TSE: 42.17 D (!) SD: 0.12 D TK1: 42.05 D @ 77°
 ΔTK: -0.23 D @ 77° TK2: 42.28 D @ 167°

AL: 26.87 mm (!) SD: 22 µm
 ACD: 3.55 mm SD: 6 µm
 LT: 4.43 mm SD: 32 µm
 WTW: 12.8 mm (!)
 SE: 41.68 D (!) SD: 0.06 D K1: 41.57 D @ 73°
 ΔK: -0.21 D @ 73° K2: 41.78 D @ 163°
 TSE: 41.77 D (!) SD: 0.09 D TK1: 41.57 D @ 74°
 ΔTK: -0.40 D @ 74° TK2: 41.97 D @ 164°

K Alcon Acrysof 1pc

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+16.00	-1.10
+15.50	-0.75
+15.00	-0.41
+14.50	-0.07
+14.00	+0.27
+14.40	Emmetropia

K Hanita SEELENS AF

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+16.00	-1.10
+15.50	-0.75
+15.00	-0.41
+14.50	-0.07
+14.00	+0.27
+14.40	Emmetropia

K Alcon Acrysof 1pc

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.35
+14.50	-1.00
+14.00	-0.65
+13.50	-0.31
+13.00	+0.03
+13.04	Emmetropia

K Hanita SEELENS AF

- SRK@/T -

A const.: 118.80

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.35
+14.50	-1.00
+14.00	-0.65
+13.50	-0.31
+13.00	+0.03
+13.04	Emmetropia

K Alcon AcrySof 3pc

- SRK@/T -

A const.: 119.20

IOL (D)	Ref (D)
+16.50	-1.21
+16.00	-0.87
+15.50	-0.53
+15.00	-0.19
+14.50	+0.14
+14.71	Emmetropia

K Hanita AC IOL

- SRK@/T -

A const.: 114.90

IOL (D)	Ref (D)
+13.50	-1.40
+13.00	-0.99
+12.50	-0.58
+12.00	-0.17
+11.50	+0.23
+11.79	Emmetropia

K Alcon AcrySof 3pc

- SRK@/T -

A const.: 119.20

IOL (D)	Ref (D)
+15.00	-1.13
+14.50	-0.79
+14.00	-0.45
+13.50	-0.12
+13.00	+0.21
+13.32	Emmetropia

K Hanita AC IOL

- SRK@/T -

A const.: 114.90

IOL (D)	Ref (D)
+12.50	-1.46
+12.00	-1.05
+11.50	-0.64
+11.00	-0.23
+10.50	+0.17
+10.71	Emmetropia

(!) Borderline value

(*) Value was edited manually

--- No value measured

Comment



Patient

ALMALIH, ERAN

Date of birth
Patient ID

01/01/1976
38374310

Gender

Male

SHEBA

Physician

Surgeon

Operator

technitians

Date of calibration test: 25/04/2023
Date of measurement: 25/04/2023

by: technitians
n: 1.3375

Result: OK
CVD: 12.00 mm

Warnings for measurements

Axial length of the right eye is 0.61 mm shorter than axial length of the left eye. - Note: re-check measurement values.

[OD]

OD: Keratometry value is uncertain.

OD: Axial length of right eye: 26.26 mm. - Note: long eye.

[OS]

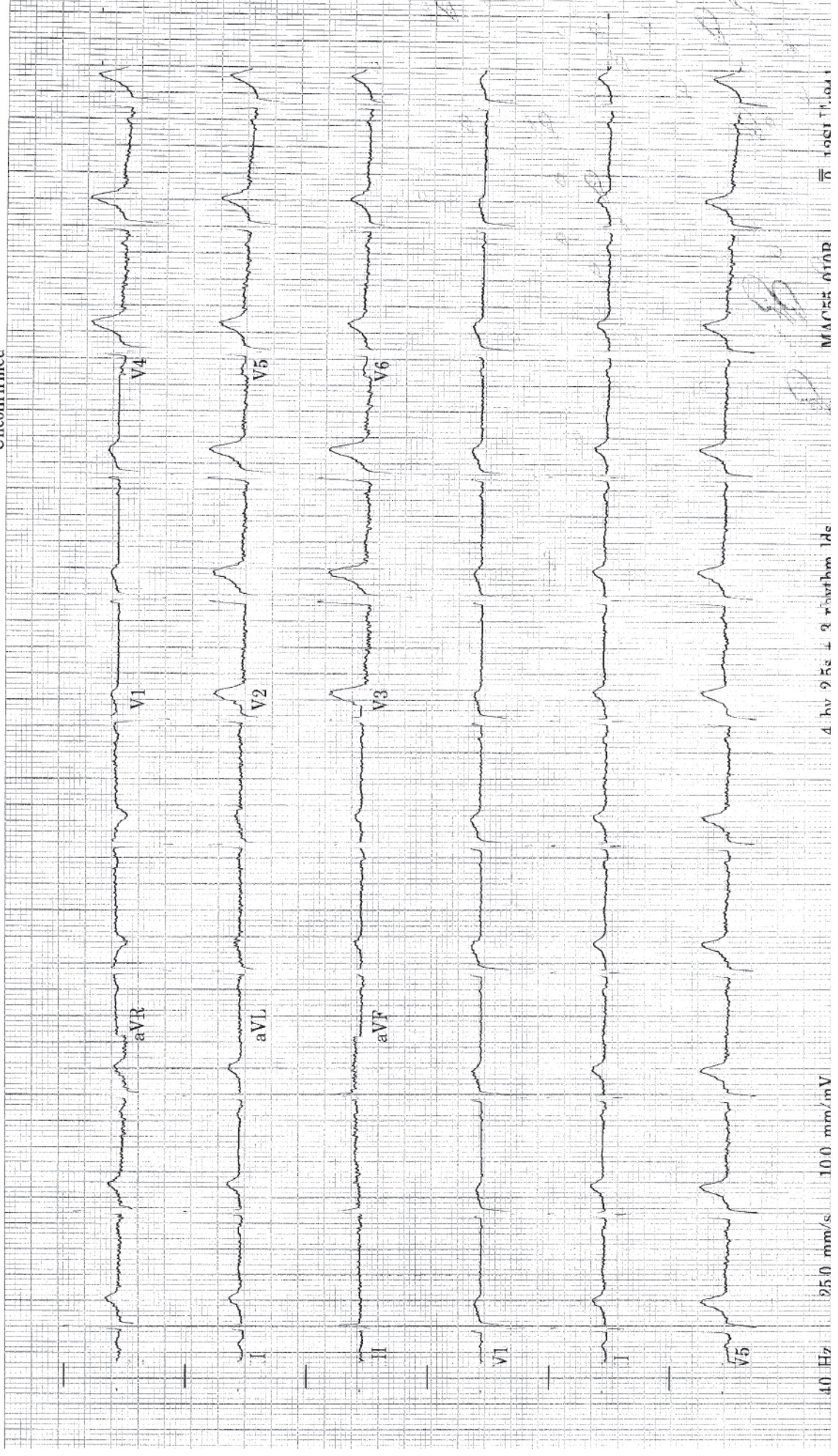
OS: Keratometry value is uncertain.

OS: Axial length measurements slightly inconsistent. Please check fixation.

OS: Axial length of left eye: 26.87 mm. - Note: long eye.

W ID: 0038374310 25-Apr-2023 11:25:10
Vent. rate 65 bpm
PR interval 18 ms
QRS duration 86 ms
QT/QTc 346/359 ms
P-R-T axes 8 50 44
Normal sinus rhythm
Normal ECG

Unconfirmed



פרטים אישיים		פרטי המעסיק	
שם עובד/ת	אלמליח ערן	שם מעסיק	מעין החינוך התורני
ת.ז.	038374310	כתובת מעסיק	כנפי נשרים 7 ירושלים 00000
בנק	031 - הבינלאומי הראשון	תיק מ.ה.	943051458
סניף	039 - בת ים	תיק ב.ל.	943051458
חשבון בנק	451032	מספר חברה	465
מספר עובד/ת	3617	ח.פ.	580121952

לכבוד : אלמליח ערן
אלי כהן 24/9
בת ים 59644

ת.ז.: 038374310
חודש: ינואר 2023
מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש
ינואר 2023

סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי אחרים	נמו לפני ניכויים אחרים	נמו שלילי	נמו לתשלום
17,093.89	3,583.86	2,210.86	11,299.17		11,299.17

תשלומים								
יתרה	מ-	עד	תעריף	במות	אחוז	ק	סמל	תיאור
	202209	202212				הפ	5017	ת.שקלית 2016
	202209	202212				הפ	5019	ת.שקלית 2022
	202209	202212				הפ	5023	הסכם מסגרת 87
	202209	202212			5.00	הפ	5029	גמול תואר
	202209	202212			10.00	הפ	5031	תוספת חינוך
	202209	202212		24.75		הפ	5039	גמול השתלמות
				8.00		הפ	5047	מילוי מקום
						הפ	5049	תוספת קיץ
	202210	202210		3.50		הפ	5052	ליווי תלמידים
	202211	202212		200.00		הפ	5053	החזר טלפון
	202210	202210		2.00		הפ	5197	מקדמת הסכם חדש
						הפ	5239	ל.מילוי ארוחות
						הפ	5501	שכר משולב
						הפ	5502	תגבור 94
					3.00	הפ	5503	תוספת שכר 2001
					4.81	הפ	5504	תוספת שכר 2008
					6.35	הפ	5505	תוספת שכר 2011
	202209	202212		19.00		הפ	5905	נסיעות מחושב
	202209	202212		-0.75		הפ	5909	נסיעות בתפקיד
14,634.34	2,459.55							סה"כ תשלומים

זקיפות למס								
יתרה	מ-	עד	תעריף	במות	אחוז	ק	סמל	תיאור
						או	94	גמל לקצבה לצורך מס
						או	97	ק. השתלמות לצורך מס
						או	98	שווי פיצויים
399.53								סה"כ זקיפות למס

מס הכנסה	2,090.00	ביטוח לאומי	582.32	מס בריאות	616.38
הפרשי מס הכנסה		הפרשי ביטוח לאומי	172.17	הפרשי מס בריאות	122.99
		סה"כ ניכויי חובה			3,583.86

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש								
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	פיצויים	ניכוי עובד
7	הבינלאומי	202209	202212		13,647.18	273.28		136.61
7	הבינלאומי	202209	202212			1,146.36		573.18
24	מגדל יותר 10%	202209	202212			28.69		24.08
24	מגדל יותר 10%	202209	202212	14104272	1,436.07	107.71	119.62	100.52
25	מגדל תגמולי עובד	202209	202212	14104272				46.47
25	מגדל תגמולי עובד	202209	202212		14,360.74			193.87
44	כלל גמל	202209	202212			0.88		0.88
44	כלל גמל	202209	202212		273.60	13.68		13.68
76	מיטבית עתודות	202209	202212			232.33	258.02	216.84
76	מיטבית עתודות	202209	202212		12,924.67	969.35	1,076.63	904.73
	סה"כ ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש							2,210.86

אחוזים לגמל והפרשות								
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	פיצויים	ניכוי עובד
						אי	גמל	ניכוי עובד

נתוני העסקה	
998/000	דרוג דרגה
	תאור הדרוג
	דרוג/דרגה
1/09/98	תחילת עבודה
22.00	ת. ימי עבודה
178.50	ת.שעות עבודה
5,300.00	ש. מין' חודש
29.12	ש. מין' שעה
13,198.27	ברוטו קצבה
13,647.18	ברוטו קה"ש
36.00	ותק צהל בחודשים
	דרגת הוראה
25.00	ותק בהוראה

נתוני מס/עזר	
גרש	מצב משפחתי
2.25	נקודות זיכוי
529.00	ערך נ. זיכוי
31.00	אחוז שולי
מלאה	סוג משרה
חייב	ביטוח לאומי
חייב	מס הכנסה
7/01/76	תאריך לידה
47.01	גיל
2	ילדים

נתונים מצטברים	
הנתון	הסכום
תשלומים	17,093.89
שווי קצבה	67.72
שווי קה"ש	273.28
חייב מ.מצטבר	17,493.42
מס ה.מצטבר	2,090.00
ח. ב.ל חודשי	17,493.42
ח. ב.ל מצטבר	17,493.42
ב.ל מצטבר	754.49
מ.ב. מצטבר	739.37
ברוטו 47	-600.44
ברוטו תגמולי	1,436.07
הפ.תגמולים	133.52
נכוי תגמולים	364.94
ברוטו קצבה	13,198.27
הפ. קצבה	1,216.24
ניכוי קצבה	1,136.13
ברוטו קה"ש	13,647.18
הפרשה קה"ש	1,419.64
ניכוי קה"ש	709.79
שווי פיצויים	58.53

מקדמים / שעות	
הנתון	הסכום
מקדם משרה כללי	113.333
מקדם הבראה	50.000
שעות עבודה	140.000

יחידות מס												
ינואר	פברואר	מארס	אפריל	מאי	יוני	יולי	אוגוסט	ספטמבר	אוקטובר	נובמבר	דצמבר	סה"כ יחידות מס
25												25

פרטים אישיים		פרטי המעסיק	
שם עובד/ת	אלמליח ערן	שם מעסיק	מעין החינוך התורני
ת.ז.	038374310	כתובת מעסיק	כנפי נשרים 7 ירושלים 00000
בנק	031 - הבינלאומי הראשון	תיק מ.ה.	943051458
סניף	039 - בת ים	תיק ב.ל.	943051458
חשבון בנק	451032	מספר חברה	465
מספר עובד/ת	3617	ח.פ.	580121952

לכבוד : אלמליח ערן
אלי כהן 24/9
בת ים 59644

ת.ז.: 038374310
חודש: פברואר 2023
אגף: 0 מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש
פברואר 2023

ריכוז התשלומים והניכויים בש"ח - בתלוש זה					
סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי גמל	נמו לפני ניכויים אחרים	סה"כ ניכויים אחרים	נמו שלילי
14,149.17	2,117.68	1,743.80	10,287.69		נמו לתשלום 10,287.69

תשלומים								
יתרה	מ-	עד	תעריף	במות	אחוז	ק	סמל	תיאור
								הפרשים
								סכום חודשי
								672.60
								566.67
								197.74
								445.11
								785.50
								2,643.97
								148.66
								29.73
								48.60
								7,105.49
								177.82
								213.16
								352.03
								487.09
								220.00
								55.00
								14,149.17
								סה"כ תשלומים

זקיפות למס								
יתרה	מ-	עד	תעריף	במות	אחוז	ק	סמל	תיאור
								הפרשים
								סכום חודשי
								-38.05
								-27.38
								-65.43
								סה"כ זקיפות למס

ניכויי חובה			
מס הכנסה	1,033.00	ביטוח לאומי	515.81
מס הבריאות	568.87	מס בריאות	
הפרשי מס הכנסה		הפרשי ביטוח לאומי	
סה"כ ניכויי חובה	2,117.68		

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש							
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
						פיצויים	גמל
						אי כושר	
7	הבינלאומי				13,647.18	1,146.36	573.18
24	מגדל יותר 10%			14104272	1,382.56	103.69	96.78
25	מגדל תגמולי עובד			14104272	13,825.57		186.65
44	כלל גמל				323.60	16.18	16.18
76	מיטבית עתודות				12,443.01	933.23	871.01
						1,036.50	
							1,743.80
							סה"כ ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש

אחוזים לגמל והפרשות							
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
						פיצויים	גמל
						אי כושר	
7	הבינלאומי					8.40	4.20
24	מגדל יותר 10%			14104272		7.50	7.00
25	מגדל תגמולי עובד			14104272			1.35
44	כלל גמל					5.00	5.00
76	מיטבית עתודות					8.33	7.00

משרות לחודש					
מיום	עד יום	מוסד	שם מוסד	פיצול	שם פיצול
					שעות
					שבועיות
					בסיס
					ש"ש

נתוני העסקה	
דרוג דרגה	998/000
תאור הדרוג	הוראה
דרוג/דרגה	הוראה
תחילת עבודה	1/09/98
ת.ימי עבודה	22.00
ת.שעות עבודה	170.00
ש.מינ' חודש	5,300.00
ש.מינ' שעה	29.12
ברוטו קצבה	12,766.61
ברוטו קה"ש	13,647.18
ותק צהל בחודשים	36.00
דרגת הוראה	תואר שני
ותק בהוראה	25.00

נתוני מס/עזר	
מצב משפחתי	גרוש
נקודות זיכוי	2.25
ערך נ. זיכוי	1,058.00
אחוז שולי	31.00
סוג משרה	מלאה
ביטוח לאומי	חייב
מס הכנסה	חייב
תאריך לידה	7/01/76
גיל	47.02
ילדים	2

נתונים מצטברים	
הנתון	הסכום
תשלומים	31,243.06
שווי קצבה	29.67
שווי קה"ש	273.28
חייב מ.מצטבר	31,577.16
מס ה.מצטבר	3,123.00
ח.בל חודשי	14,083.74
ח.בל מצטבר	31,577.16
בל מצטבר	1,270.30
מ.ב.מצטבר	1,308.24
ברוטו 47	-665.87
ברוטו תגמולי	2,818.63
הפ.תגמולים	237.21
נכוי תגמולים	648.37
ברוטו קצבה	25,964.88
הפ. קצבה	2,165.65
ניכוי קצבה	2,023.32
ברוטו קה"ש	27,294.36
הפרשה קה"ש	2,566.00
ניכוי קה"ש	1,282.97
שווי פיצויים	31.15

מקדמים / שעות	
הנתון	הסכום
מקדם משרה כללי	113.333
מקדם הבראה	60.000
שעות עבודה	120.000

פרטים אישיים		פרטי המעסיק	
שם עובד/ת	אלמליח ערן	שם מעסיק	מעין החינוך התורני
ת.ז.	038374310	כתובת מעסיק	כנפי נשרים 7 ירושלים 00000
בנק	031 - הבינלאומי הראשון	תיק מ.ה.	943051458
סניף	039 - בת ים	תיק ב.ל.	943051458
חשבון בנק	451032	מספר חברה	465
מספר עובד/ת	3617	ח.פ.	580121952

לכבוד : אלמליח ערן
אלי כהן 24/9
בת ים 59644

ת.ז.: 038374310
חודש: מרץ 2023
מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש
מרץ 2023

ריכוז התשלומים והניכויים בש"ח - בתלוש זה					
סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי אחרים	נמו לפני ניכויים אחרים	נמו שלילי	נמו לתשלום
14,515.78	2,369.23	1,726.15	10,420.40		10,420.40

תשלומים								
יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור
								הפרשים
								סכום חודשי
							88	שי פסח
							5017	ת.שקלית 2016
							5019	ת.שקלית 2022
							5023	הסכם מסגרת 87
					5.00		5029	גמול תואר
					10.00		5031	תוספת חינוך
							5039	גמול השתלמות
				24.75			5053	החזר מלפון
				200.00			5501	שכר משולב
							5502	תגבור 94
					3.00		5503	תוספת שכר 2001
					4.81		5504	תוספת שכר 2008
					6.35		5505	תוספת שכר 2011
				16.00			5905	נסיעות מחושב
				4.00			5909	נסיעות בתפקיד
								סה"כ תשלומים
								14,515.78

זקיפות למס								
יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור
								הפרשים
								סכום חודשי
							94	גמל לקצבה לצורך מס
							98	שווי פיצויים
								סה"כ זקיפות למס
								-60.82

ניכויי חובה			
מס הכנסה	ביטוח לאומי	מס בריאות	587.43
הפרשי מס הכנסה	הפרשי ביטוח לאומי	הפרשי מס בריאות	541.80
		סה"כ ניכויי חובה	2,369.23

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש								
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	פיצויים	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
							גמל	אי כושר
7	הבינלאומי				13,647.18	113.68	1,146.36	573.18
24	מגדל יותר 10%			14104272	1,364.72		102.35	95.53
25	מגדל תגמולי עובד			14104272	13,647.18			184.24
44	כלל גמל				268.60		13.43	13.43
76	מיטבית עתודות				12,282.46	1,023.13	921.18	859.77
								סה"כ ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש
								1,726.15

אחוזים לגמל והפרשות								
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	פיצויים	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
							גמל	אי כושר
7	הבינלאומי						8.40	4.20
24	מגדל יותר 10%			14104272		8.33	7.50	7.00
25	מגדל תגמולי עובד			14104272				1.35
44	כלל גמל						5.00	5.00
76	מיטבית עתודות					8.33	7.50	7.00

משרות לחודש					
מיום	עד יום	מוסד	שם מוסד	פיצול	שם פיצול
					שעות שבועיות
					בסיס ש"ש

נתוני העסקה	
דרוג דרגה	998/000
תאור הדרוג	הוראה
דרוג/דרגה	הוראה
תחילת עבודה	1/09/98
ת.ימי עבודה	22.00
ת.שעות עבודה	195.50
ש.מינ' חודש	5,300.00
ש.מינ' שעה	29.12
ברוטו קצבה	12,551.06
ברוטו קה"ש	13,647.18
ותק צהל בחודשים	36.00
דרגת הוראה	תואר שני
ותק בהוראה	25.00

נתוני מס/עזר	
מצב משפחתי	גרוש
נקודות זיכוי	2.25
ערך נ. זיכוי	1,586.00
אחוז שולי	20.00
סוג משרה	מלאה
ביטוח לאומי	חייב
מס הכנסה	חייב
תאריך לידה	7/01/76
גיל	47.03
ילדים	2

נתונים מצטברים	
הנתון	הסכום
תשלומים	45,758.84
שווי קה"ש	273.28
חייב מ.מצטבר	46,032.12
מס ה. מצטבר	4,363.00
ח. ב.ל. חודשי	14,454.96
ח. ב.ל. מצטבר	46,032.12
ב.ל. מצטבר	1,812.10
מ.ב. מצטבר	1,895.67
ברוטו 47	-126.69
ברוטו תגמולי	4,183.35
הפ. תגמולים	339.56
נכוי תגמולים	928.14
ברוטו קצבה	38,515.94
הפ. קצבה	3,100.26
ניכוי קצבה	2,896.52
ברוטו קה"ש	40,941.54
הפרשה קה"ש	3,712.36
ניכוי קה"ש	1,856.15

מקדמים / שעות	
הנתון	הסכום
מקדם משרה כללי	113.333
מקדם הבראה	70.000
שעות עבודה	130.000
שעות עבודה בפעל	130.000

פרטים אישיים		פרטי המעסיק	
שם עובד/ת	אלמליח ערן	שם מעסיק	מעין החינוך התורני
ת.ז.	038374310	כתובת מעסיק	כנפי נשרים 7 ירושלים 00000
בנק	031 - הבינלאומי הראשון	תיק מ.ה.	943051458
סניף	039 - בת ים	תיק ב.ל.	943051458
חשבון בנק	451032	מספר חברה	465
מספר עובד/ת	3617	ח.פ.	580121952

לכבוד : אלמליח ערן
אלי כהן 24/9
בת ים 59644

ת.ז.: 038374310
חודש: אפריל 2023
מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש
אפריל 2023

ריכוז התשלומים והניכויים בש"ח - בתלוש זה					
סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי גמל	נמו לפני ניכויים אחרים	סה"כ ניכויים אחרים	נמו שלילי
13,805.78	2,197.33	1,720.66	9,887.79		9,887.79

תשלומים								
י'תרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור
								הפרשים
								סכום חודשי
								672.60
								566.67
								197.74
								445.11
								785.50
								2,643.97
								48.60
								7,105.49
								177.82
								213.16
								352.03
								487.09
								110.00
								27.50
								13,833.28
								-27.50

נתוני העסקה	
דרגה	998/000
תאור הדרגה	הוראה
דרגה/דרגה	הוראה
תחילת עבודה	1/09/98
ת.ימי עבודה	22.00
ת.שעות עבודה	187.00
ש.מינ' חודש	5,571.75
ש.מינ' שעה	30.61
ברוטו קצבה	12,468.56
ברוטו קה"ש	13,647.18
ותק צהל בחודשים	36.00
דרגת הוראה	תואר שני
ותק בהוראה	25.00

נתוני מס/עזר	
מצב משפחתי	גרוש
נקודות זיכוי	2.25
ערך נ. זיכוי	2,115.00
אחוז שולי	20.00
סוג משרה	מלאה
ביטוח לאומי	חייב
מס הכנסה	חייב
תאריך לידה	7/01/76
גיל	47.04
ילדים	2

נתונים מצטברים	
הנתון	הסכום
תשלומים	59,564.62
שוי קה"ש	273.28
חייב מ.מצטבר	59,837.90
מס ה. מצטבר	5,509.00
ח. ב.ל. חודשי	13,805.78
ח. ב.ל. מצטבר	59,837.90
ב.ל. מצטבר	2,308.45
מ.ב. מצטבר	2,450.65
ברוטו 47	-126.69
ברוטו תגמולי	5,548.07
הפ. תגמולים	441.91
נכו תגמולים	1,207.91
ברוטו קצבה	50,957.00
הפ. קיצבה	4,029.38
ניכוי קיצבה	3,764.23
ברוטו קה"ש	54,588.72
הפרישה קה"ש	4,858.72
ניכוי קה"ש	2,429.33

ניכויי חובה			
מס הכנסה	1,146.00	ביטוח לאומי	498.28
הפרשי מס הכנסה		הפרשי ביטוח לאומי	-1.93
		סה"כ ניכויי חובה	2,197.33

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש							
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
						פיצויים	אי בושר
						גמל	
7	הבינלאומי				13,647.18	1,146.36	573.18
24	מגדל יותר 10%			14104272	1,364.72	102.35	95.53
25	מגדל תגמולי עובד			14104272	13,647.18		184.24
44	כלל גמל	202303	202303			-1.37	-1.37
44	כלל גמל				186.10	9.31	9.31
76	מיטבית עתודות				12,282.46	1,023.13	859.77
							1,720.66

אחוזים לגמל והפרשות							
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
						פיצויים	אי בושר
						גמל	
7	הבינלאומי					8.40	4.20
24	מגדל יותר 10%			14104272		7.50	7.00
25	מגדל תגמולי עובד			14104272			1.35
44	כלל גמל					5.00	5.00
76	מיטבית עתודות					7.50	7.00

משרות לחודש					
מיום	עד יום	מוסד	שם מוסד	פיצול	שם פיצול
1	30	514174	ת"ת בני ציון	270	ש.הוראה במוסד יסודי רגיל
1	30	514174	ת"ת בני ציון	466	ש.הוראה בחנ"ב-רגיל

שעות שבועיות	בסיס	ש"ש
14.00	30	
16.00	24	

תפקידים			
מוסד	תפקיד	שבכה/מס ביתות	מורכבות
ת"ת בני צי	מחנך	2	

מקדמים / שעות	
הנתון	הסכום
מקדם משרה כללי	113.333
מקדם הבראה	80.000
שעות עבודה	126.000
שעות עבודה בפעל	126.000

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה אלדור שם פרטי זר תעודת זהות 0374310 שם האב _____
 מס' 24 עיר כת ים מיקוד _____ טלפון _____
 רחוב א. כהן

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

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

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

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר 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: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 2.8.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254.7 חתימה: אריאל מרינברג, עו"ד X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 0374937, מרחוב מ. כהן 24, דת.
ת.ז. מס' 0374937, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או מ. כהן 24, דת. במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או מ. כהן 24, דת. בענין תאונת דרכים מיום מ. כהן 24, דת.
נגד מ. כהן 24, דת. 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 דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ נ' _____ לחודש _____ פ' _____ שנה _____ 23

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~אריאל פריברג, עו"ד~~
~~מ.ד. 62254~~
~~עו"ד ירון~~