

מ.ל.ב.

24.5.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף יבנה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: יאיר בנימיני, ת.ז. 056604978

תאונה מיום 22.7.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימון מרשי לוועדות רפואיות אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בכך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ☞ 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך

- ☞ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ☞ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ☞ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ☞ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

056604978

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי החובת

שם פרטי		שם משפחה	
ישי		דטלין	
מספר זהות		מספר אישי בצה"ל	
956604978			
תאריך לידה		עיסוק	
11/10/1969		מין זכר נקבה	
שנה		עיסוק שכיר מתנדב עצמאי	
חודש		מס' בית	

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

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

שם משפחה של איש קשר שם פרטי של איש קשר מס' זהות של 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	
22/07/2022	
שנה	
חודש	
יום	
פרטים על הפגיעה	
גאב דרכ'ס	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבביתך אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

1
3
7

הילד שלי, כואב ראש, סחרחורת, סבאל
כאבים ורגליים כבדות, רצונאן ורגל, חלק ימין של
ידי, רגלי, חזה, ראש
חבר, קשי רגלי, חוסר שקט

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שציינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע ויצוג 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 מייצג 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
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412358

כתובת
אילן הדר, רמת גן

שם גורם מסייע
ד"ר אילן מייזל

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו 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 ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה X _____ חתימת השותפים לחשבון X

הצהרה

11

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נתני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 24.5.23 חתימת התובע X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 22/07/2022 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 056604978	קוד גמלה 11
שם פרטי י.א.	שם משפחה דניאל	חבר בקופת חולים
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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 אודותי.

תאריך 24.5.23 חתימת המבוטח *



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי
טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פניו זכויות החולה, תשל"ו - 1996 חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 אין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מחוזה עברה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
זמן קבלה: 21:59 22/07/2022	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 22:03 22/07/2022	מספר מקרה: 11875242
זמן שחרור: 01:34 23/07/2022	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד	Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
				✓			338.11	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 61, ברקע - מושטל קרנית בעין ימין עקב הרפס.
ללא תרופות קבועות
ללא רגישויות

הגיע לאחר תאונת דרכים כנהג, עם חגורה, בערב קבלתו לדבריו.
רכב נכנס בו משמאל. לא נחבל אך זכוכית התפוצצה עם חתיכות שהגיעו לעיניו.
שולל איבוד הכרה, שולל הקאות או בחילות.
מדווח על כאב בעיניים עם ראייה תקינה.

בבדיקתו, מדדים תקינים
נירולוגית - GLASGOW 15
מתמצא 3X
עיניים - אישונים שווים, עגולים ומגיבים לאור
עין ימין מושטל קרנית עם אדום
רייאה תקינה דו"צ
עמוד השדרה - רגישות צווארית ומתנית
חזה ללא סימן חגורה או רגישות
בטן ללא סימן חגורה או רגישות
פצע ביד שמאל שניתן לתפירה

סודי רפואי

המשך מכתב: 56604978 יאיר בנימיני

במיון בוצע בירור כולל:
אורטופד, עיניים-ראה מצורף
קיבל חיסון לטטנוס לפני פחות מ-5 שנים לדבריו
לסיכום- ללא בעיה כירורגית חריפה

משתחרר לביתו במצב כללי טבו עם ההמלצות הבאות-

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
VABEN TAB 10MG TAB 10 mg	Once	23:14 22/07/2022 ברמי ירדן מ.ר. 228773	TAB 10 mg PO
CEFORAL CAP 500MG CAP 1000 mg	Once	01:20 23/07/2022 קבדה טאגאי מ.ר. 223259	CAP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

BP	P	D	SAT
125/70	80	37	98

המלצות בשחרור

- המשך מעקב רופא מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע
- משככי כאבים לפי הצורך
- בכל מקרה של החמרה- לפנות לרופא

החלטה רפואית: שחרור

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
23/07/2022 01:33	רופא/ה מורשה/ת שחרור	ד"ר קירשטיין אנה מ.ר. 140604



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת: דר' פחיס גל מ.ר. 125849
אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי

טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

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

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
תאריך קבלה לבי"ח:	קופ"ח מכבי
תאריך קבלה למחלקה:	מספר אירוע:

זמן הפקת התדפיס: 01:39 23/07/2022 ע"י קבדה טאגאי

בקשת יעוץ

יעוצים

פרטי המבקש: דר' ויסמן פסוס קמילה מ.ר. 1164342
תאריך: 23:16 22/07/2022
מחלקה מייעצת: יעוץ עיניים
תאריך ביקור מתוכנן: 22/07/2022
דחיפות: דחוף
הגדרת הבעיה: בן 61, מושלל קרנית מימין, תאונת דרכים עם חתיכות זכוכית לעיניים עם כאבים ואודם בעין עם השתלה.
השאלה ליעוץ: להערכתכם תודה

תשובת היעוץ	סטטוס	המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
רקע כמתואר, הרגיש כניסת גז לעין שמאל (מעורב בתאונת דרכים, התנפצה מראה). עין ימין השתלת קרנית 2* ע"ר הרפס קרטיס אחרונה 2018. RE פסאודופאקיה סטרוקס 1/0 בבדיקתו: IOP 16/13 ח"ר מימין 6/15 משמאל 6/7.5 מימין לחמית שקטה, עפעפים תקינים ללא ממצא בהיפוך קרנית ששל PKP שקוף תפרים המשכיים ובודדים במראה תקין, לשכה עמוקה ושקטה אישון עגול ומגיב, PCIOL משמאל עפעפיים תקינים בפורניקס תחתון בזווית נזאלית שברי זכוכית הוצאו באמצעות מטוש, בהיפוך עפעף תקין ללא ממצא, קרנית שקוהפ ללא ED, ל"ק עמוקה ושקטה אישון עגול ומגיב	תשובה סופית	לא	22/07/2022 23:56	דר' דובינסקי פרצוב ביאנה מ.ר. 116828	

יעוצים

תשובת היועץ	סטטוס	המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
לא מעוניין בהרחבת אישונים. לסיכום, גוף זר הוצא מעין שמאל. המלצות: טיפול טוברקס לעין שמאל* 3 ביום לשבוע ביקורת רופא עיניים קופח בעוד מספר ימים המשך מעקב מומחה קרנית					



מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת: דר' פחיס גל מ.ר. 125849

אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי

טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

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

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זכות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
תאריך קבלה לבי"ח:	קופ"ח מכבי
תאריך קבלה למחלקה:	מספר אירוע:

זמן הפקת התדפיס: 01:49 23/07/2022 ע"י לפשיץ עמית

בקשת יעוץ

יעוצים

פרטי המבקש: דר' וייסמן פסוס קמילה מ.ר. 1164342

תאריך: 23:27 22/07/2022

מחלקה מיעצת: אינעץ אורתופד מלר

תאריך ביקור מתוכנן: 22/07/2022

דחיפות: דחוף

הגדרת הבעיה:

בן 61, תאונת דרכים רגישות בע.ש. צווארי ומתני חתך ביד שמאל - לבידקה האם לתפירה

השאלה ליעוץ:

להערכתכם בשאלת שברים בע.ש. ותפירה

תשובת היעוץ	סטטוס מעקב	המשך	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
מחוסן לטטנוס 5 השנים האחרונות. רגישות צווארית ופראפסינאלית, ללא רגישות אחרת לאורך קו אמצע עמ"ש, כוח ותחושה שמורים בגפיים. ללא סימני UMN. תנועות צוואר שמורות עם רגישות בקצה הרוטציה. הליכה תקינה על אצבעות ועקבים, ללא ליסט או דרופ. חתך האספק דורסאלי שליש אמצעי של האמה, ללא דמם. תת עורי מפרק ושורש יד ללא רגישות גרמית או הגבלה תבטווחים. צילומי עמש צווארי - תת אופטימאל, לא ניתן לדון, אינו מעוניין לבצע צילומים חזורים. הוסבר הסכנה בפגיעה עצמית ושברים בחוליות עמ"ש, מבין סיבוכים וסיכונים - ימשיך בירור בקופ"ח. עד כמה שניתן לדון, ללא ממצא פרט לשינויים ניוונים.	תשובה סופית	לא	23/07/2022	דר' דניאל הדס	מ.ר. 146378

צילומי אמה - ללא עדות לשברים או גוף זר
צילומי עמ"ש מותני - שיניים ניוונים

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
במיון עבר שטיפה והטריה, סגירה ראשונית בסיכות. נחבש.				
אין להרטיב 3 ימים, הוצאת סיכות בעוד 10-14 ימים בקופ"ח, מעקב רופא מטפל, איזון כאבים, בהחמרה יש לפנות לבדיקה זמינה.				

ד"ר ליבשיץ גלעד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



125448

קוד הפניה: 282406373

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56804978
ת.לדה: 11/10/1980	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל. עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונות דרכים

תלונות: ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג מלין על כאבים בצוואר וראש.

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבלית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.

• CERVICALGIA

אבחנה:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 30/03/2014 - CLARINASE -

מעשלת: כן

סיבת ההפניה: צוואר - אלקטרוטרפיה ומתיחות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/07/2022 עד תאריך - 22/01/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/07/2022

חתימה וחזתמת

תאריך

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

ד"ר ליבשיץ גלעד
כירורגיה אורתופדיתהתמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

0306389032



125448

קוד הפניה: 282406244

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.ל.י.ד.: 11/10/1960	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל. עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

מרשם למדרסים

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

חדש

תלונות: ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג מלין על כאבים בצוואר וראש.

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבלית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.

אבחנה משוערת: CERVICALGIA

למילוי על ידי ספק המדרסים

גובה: ס"מ

מידת הנעל:

משקל: ק"ג

עיסוק:

סוג הנעל:



סוג מדרס: מדרס רך בהתאמה אישית

סוג מדרס:



פיזור לחצים על כף הרגל

26/07/2022

חתימת חותמת הרוקח

תאריך

מובהר בזאת שההשתתפות הכספית של שירותי בריאות הנוספים מותנית בהזמנת מדרסים אצל ספק שבחשבונית בלבד.

תוקף המרשם: 45 יום מתאריך הפקתו.

טרם רכישה, מומלץ לבדוק תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר האינטרנט של מכבי (www.maccabi4u.co.il).

ניתן לרכוש מדרסים בהתאמת מחשב בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם. מדרסים בהתאמה אישית ניתן לרכוש רק אצל המכונים בהסכם. הרכישה-בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, בתשלום השתתפות עצמית בלבד.

על תשלום השתתפות עצמית זו לא יינתן החזר.

רשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר האינטרנט של מכבי ואצל נציגי השירות במכבי ללא הפסקה-3555.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוסחי שב"ן, יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן.

בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם, לאחר מכן יהיו זכאים להחזר החשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז. מידע לגבי כללי הזכאות לנפגעי תאונות עבודה ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי.

נפגעי תאונות דרכים- אין זכאות להשתתפות במימון אביזרים אורתופדיים באמצעות השב"ן.

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

אישור אספקת מדרסים

חתימת הלקוח

חתימה וחותמת הספק

תאריך אספקה

תאריך: 25/07/2022
שעה: 17:29:31



אסף הרופא-שמיר (בי"ח/קרן) (1103)
חדר מיון כללי

לכבוד
בית חולים
חדר מיון
באר יעקב

70300

טלפון: 08-9779999

התחייבות מספר: 220750178

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי בנימלי יאיר ת.ז. 56604978
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש. בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
גיל החבר: 61

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
056604978	220750178	22072022

קוד מס CPT	תאור טיפול	קוד מקורי בנותן שרות	תאריך כניסה/טיפול	תאריך יציאה	כמות טפולים
1 99245 01	ביקור במיון (תשלום גלובלי)	99281	22/07/2022		1

ישוב: נס ציונה
מחלקת שרות: בן אדיבה חגית
מרכז רפואי: סביוני נצר
אבנר בן נר
טל: 08-9400770

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 23/07/2022

נספח להתחייבות מספר 220750178:

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו תקפה למשך 24 שעות, עבור ביקור בחדר מיון בלבד.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

)

תאריך: 25/07/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קפלן מיכאל

עניים



016606

התמחויות:

מומחה ברפואת עניים

טלפון: 08-9401386

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.לידה: 11/10/1960	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל.עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 25/07/2022

עקב: ביקורת אחרי תאונת דרכים לפני 3 ימים.
נבדק וטופל באספ הרופא, תוצאו גופים זרים מעין שמאל, מקבל טיפול בטיפות אנטיביוטיות.

ממצאים: נבדק ללא הרחבת אישונים לפי בקשתו.
עין ימין לאחר השטלת קרנית, שתל שקוף, תפרים תקינים, לישכה עמוקה ונקיה, אישון עגול ומגיב יש דימום תת לחמיתית חלי.
עין שמאל שקטה, קרנית שקופה, לישכה עמוקה ונקיה, אישון עגול ומגיב.
מקבל טיפול עם טיפות ומשחה אנטיביוטית.
ימשיך בטיפול וביקורת לפי הצורך.

שםאל חדות ראייה ימין

בדיקה כללית	PH	הגל
DISTANCE S.C	6/7.5	6/12
DISTANCE C.C		
NEAR S.C		
NEAR C.C		

בדיקה כללית	PH	הגל
DISTANCE S.C	6/7.5	6/12
DISTANCE C.C		
NEAR S.C		
NEAR C.C		

- ROAD ACCIDENT Status Post
- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

אבחנה:

סיכום והמלצות: ביקורת לפי הצורך.

25/07/2022

תאריך

ד"ר קפלן מיכאל
רופא עניים
מ.ר 016606
חתימה וחתימת הרופא

תאריך: 25/07/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



016606

ד"ר קפלן מיכאל

עיניים

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

טלפון: 08-9401386

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ד.: 56604978
ת.ל.עבודה/נייד: 0506888628	טלפון: 0506888628	מין: ז	ת.לידה: 11/10/1960
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		



0056604978

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/07/2022 עד יום: 29/07/2022 סה"כ: 5 ימים.

ד"ר קפלן מיכאל
רופא עיניים
מ.ר. 16606
חתימה וחולמת הרופא

25/07/2022

תאריך

ד"ר ליבשיץ גלעד

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 125448

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

טלפון: 08-6866580

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה בנימיני	שם פרטי יאיר	שם האב ניסים	מס' זיהוי 56604978	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב נס ציונה	רחוב ביאליק	מס' 9	מיקוד 7409215	שנת לידה 1960
חבר (כל)	כ	מקצוע נהג מונית	טלפון 0506888628	שם המעביד וכתובתו
ת. פגיעה 22/07/2022	שעה 19:00	התעסקות בשעות הפגיעה		
תאיר שנפגע צואר אמה	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון כולל הדמיה שמיר ללא ממצא חריג
מלין על כאבים בצוואר וראש.
נחבל ביד שמאל, הושמו מספר סיכות.

הממצא הקליני:

הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרחרבונית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל
התחנות.
פצע לטרלי אמה שמאל תקין ללא סימני דלקת, ללא חסר NV

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LACERATION ARM

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

עד יום:

26/07/2022

(בכלל)

26/07/2022

תתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסד לביטוח
לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על
אחריותו הבלעדית של הנפגע.

גיל: 61.9

שם רופא/ת: ד"ר ליבשיץ גלעד

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

1755363

מספר ביקור:

מחזור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:53:42 26/07/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מוגנת, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג
מלין על כאבים בצוואר וראש.
נחבל ביד שמאל, הושמו מספר סיכות.

22/07/2022

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרפולית, טווח סה"כ תקין, כח
גס תחושה שמורים בכל התחנות.
פצע לטרלי אמה שמאל תקין ללא סימני דלקת, ללא חסר NV

מערך	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			LACERATION ARM

הערכות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 24/10/2022	מרשם למדרסים
בתוקף עד - 22/01/2023	מכון פיזיותרפיה

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.	1 <12>	1 tab X 2 -1 op	ROKACET PLUS 24 CAP

מוזמן למעקב:

1755363
26/07/2022 11:39:51
ד"ר ליבשיץ גלעד



022246

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 07/08/2022

עקב: בן 61

רקע - ללא מחלות רקע
רגישות יתר תרופות- לא ידוע
תלונות
ב- 22.07.2022 נפגע בתאונת דרכים בעבודה
רכבו נכנס לרכב שהיה לפניו.
נבדק במיון,
חתך ביד שמאל נסגר בתפרים, היו גפי זר בעיניים - נבדק עי רופא עיניים
שוחרר באותו יום
מאז התאונה מתלונן על
כאב ראש תמידי האחרים עם תנועת בעוצמה
סחרחורת המחמיר בשינוי תנוחה
טינטון
בחילה מדי פעם
כאב צוואר מקרים לשכמות, כתפיים
כאב גבי עיליון.
מוזמן לאורתופד
מוזמן לפיזיותרפיה, טיפול טרם התחל
נוטלת משככי כאב.

ממצאים: פונדוס תקין, תנועות עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סימטריות, תחושה בפנים קתינה, לשון מרכזית
רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות ראש
כוח גס שמור, החזרים שוים, ללא החזרים פתולוגיים
תחושה תקינה
תפקודי מוחון תקינים
הליכה תקינה.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- WHIPLASH INJURY
- HEADACHE
- DIZZINESS
- TINNITUS
- CERVICALGIA

ELATROLET 10MG X 30 - {1 X 1 (למשך 30 ימים)}

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: כשבועיים לאחר תאונת דרכים בעבודה (נהג מונית) עם מנגנון של צליפת שוט
סובל מכאב ראש עורפי, סחרחורת, טינטון, כאב צוואר, כאב בשכמות.
בבדיקה רגישות בצוואר
לציין חרדה מפני נסיעות לאחר התאונה
הופנה לפיזיותרפיה
הופנה להערכה אורתופדית
הופנה להערכה פסיכיאטרית
מומלץ
המשך מעקב רופא משפחה
מעקב אורתופדי



טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

תשובת יועץ

פיזיותרפיה
הערכה של אא"ג
הערכה של פסיכיאטרי
טיפול סימפטומטי בכאב
אלטרולט
ביקורת בהמשך.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

07/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



022246

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 07/08/2022 בשעה 17:10

תאריך הביקור: 07/08/2022

המלצות למטופל: כשבועיים לאחר תאונת דרכים בעבודה (נהג מונית) עם מנגנון של צליפת שוט

סובל מכאב ראש עורפי, סחרחורת, טינטון, כאב צוואר, כאב בשכמות.

בבדיקה רגיושת בצוואר

לציין חרדה מפני נסיעות לאחר התאונה

הופנה לפיזיותרפיה

הופנה להערכה אורתופדית

הופנה להערכה פסיכיאטרית

מומלץ

המשך מעקב רופא משפחה

מעקב אורתופדי

פיזיותרפיה

הערכה של אא"ג

הערכה של פסיכיאטרי

טיפול סימפטומטי בכאב

אלטרולט

ביקורת בהמשך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך**תרופות שנרשמו בביקור:**

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ELATROLET 10MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	TAB. AMITRIPTYLINE 10MG X 28 < 1 OP+2 > [95341] * TAB. ELATROLET 10MG X 30 < 1 OP > [84636] TAB. AMITRIPTYLINE 10MG X 28 < 1 OP+2 > [94127]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: אאג		
אישור	תשובת יועץ		

002128785901



022246

קוד הפניה: 284088415

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אג

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בן 61

רקע - ללא מחלות רקע
רגישות יתר תרופות- לא ידוע
תלונות
ב- 22.07.2022 נפגע בתאונת דרכים בעבודה
רכבו נכנס לרכב שהיה לפניו .
נבדק במיון ,
חתך ביד שמאל נסגר בתפרים , היו גפי זר בעינים - נבדק עי רופא עיניים
שוחרר באותו יום
מאז התאונה מתלונן על
כאב ראש תמידי האחרים עם תנועת בעוצמה
סחרחורת המחמיר בשינוי תנוחה
טינטון
בחילה מדי פעם
כאב צווארי מקרים לשכמות, כתפיים
כאב גבי עיליון .
מוזמן לאורתופד
מוזמן לפיזיותרפיה , טיפול טרם התחל
נוטלת משככי כאב .

ממצאים: פונדוס תקין , תנועות עינים מלאות , ללא ניסטגמוס, פנים סימטריות , תחושה בפנים קתינה, לשון מרכזית
רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות ראש
כוח גס שמור, החזרים שוים, ללא החזרים פתולוגיים
תחושה תקינה
תפקודי מוחון תקינים
הליכה תקינה.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- WHIPLASH INJURY
- HEADACHE
- DIZZINESS
- TINNITUS
- CERVICALGIA



022246

קוד הפניה: 284088415

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מטרת ההפניה: בת 61

שבועיים לאחר תאונת דרכים במנגנון של צליפת שוט
סובל מסחרחורת וטינטון
מופנה להערכה
בתודה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

07/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/08/2022 עד תאריך - 03/02/2023

תאריך: 06/11/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



089751

ד"ר רובינשטיין יאיר

עיניים

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

פקס: 08-9492373

כתובת: הורביץ אלי 27, רחובות (בית ארז, קומה 5)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

תמצית הביקור מתאריך 06/11/2022 בשעה 11:19

תאריך הביקור: 06/11/2022

המלצות למטופל: בכל מקרה של נקודות שחורות חדשות, מסך על שדה הראייה, הבזקי אור או ירידה בראייה יש לשוב מיידית לבדיקת רופא עיניים, המשך טיפול ללא שינוי.

ביקורת חוזרת מתוכנן

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002208052891



028458

התמחויות:

מומחה בפסיכיאטריה

קוד הפניה: 292456214

כתובת: רפפורט 3, כפר סבא (מגדל קניון
כפר סבא הירוקה, קומה 11
(במרפאת שר"פ פלוס)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

- במכבי

פסיכולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בא לבקורת לאחר הפגישה הקודמת. רכש חבילות לחודש אחד. את המירו נטל רק כאשר אינו מצליח לישון.
חש שהארוע חלק ממנו ולא מרפה ממנו. השינה קלה. "הפתיל" מאד קצר.

קפיצת עפעף מימין- הרופא עינים אמר לו שזה "מעצבים"

מתאר מצב רוח ירוד- מחשבות חודרניות, "איך ניצלתי", מבין לדבריו שזה מזל גדול שנשאר בחיים.

"לא התלהב" להמשיך אותו.

התפוקה בעבודה ירדה לדבריו. נוהג טוב אולם אומר לעצמו שאינו רוצה להתעמת עם הנהגים, "בית משוגעים". ראה בעבר
היום יותר רגיש.

חשב בעבר לטייל עם אופנוע אולם כעת לא על הפרק. חושב מה היה קורה עם היה עם אופנוע.

רוצה מאד לחיות.

מעוניין בשיחות

מרגיש טוב עם המירו, מבקש להיות מטופל במירו בלבד

אינו מעוניין בטיפול ציפרקלס

ממצאים: מסודר בהופעתו, שקט פסיכומטורית

משתף פעולה

מצב הרוח סובקטיביית מתואר "די מדוכדך"

האפקט מעט מתוח, מלא ומתגונן

ללא עדות למצב פסיכוטי פעיל

ללא עדות למצב אפקטיבי מגורי

שולל שמוש בסמים או אלכוהול

שולל כוונה או תוכנית לפגוע בעצמו או בסובבים

בוחן מציאות שפוט ותובנה תקינים.

אבחנה:

• POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

מעש/ת: כן

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

תרופות קבועות:

MIRO 30MG X 30 0.5X1X30
CIPRALEX 10MG X 28 1X1X28

מטרת ההפניה: שיחות

מ.ר גורם מפנה



028458

קוד הפניה: 292456214

כתובת: רפפורט 3, כפר סבא (מגדל קניון
כפר סבא הירוקה, קומה 11
(במרפאת שר"פ פלוס)

ד"ר פלק רון

פסיכיאטריה למבוגרים

התמחויות:

מומחה בפסיכיאטריה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

12/10/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/10/2022 עד תאריך - 10/04/2023



169746

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

טלפון: 0506888628

מין: ז

ת.לדה: 11/10/1960



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקה: 02/11/2022

לכבוד דר' ד"ר ליבשיץ גלעד

56604978

ת"ז:

בנימיני יאיר

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CERVICALGIA

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
יכולת לסובב ראש לצדדים ללא קושי יכולת להחזיק את הנכד על הידים			17/08/2022

טופל החל מ- 17/08/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	52	59
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	5
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

GROUP OPEN
THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
REFER GROUP THERAPY
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 10 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

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

הערות:

חתימה



169746

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 11/10/1960



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: קגן אלינה



0324759497



036922



קוד הפניה: 304126610

טלפון: 08-6866230

פקס: 073-2132451

כתובת: הדוגית 16, יבנה

מומחה בא.א.ג וכירורגית ראש צואר

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

מכון שמיעה

תלונות: רעשים באוזניים, מריעים לשון. היו בעבר וחלפו.

לפני 10 ימים חזרו.

נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה.

נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית.

ממצאים: לוע- ללא אודם, ללא תפליט, ללא בצקת, ללא פצעים, ללא PND.

ניקוי צרומן. אוטוסקופיהתקינה דו'צ'.

צוואר- ללא בלוטות לימפה מוגדלות, ללא אודם, ללא נפיחות.

אף- הרירית גדושה, הפרשה שקופה מוקואידידת. MIDDLE MEATUS, SPHENOETHMOIDAL RECESS חופשיים דו"צ.

הנזופרינקס חופשי. חיטוי טריסטל.

אבחנה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- SNORING

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

*	הבדיקה הדרושה
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5
92567	טימפנומטריה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/12/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2022 עד תאריך - 26/06/2023

תאריך: 28/12/2022

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פומורצב אלכסנדר

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה בא.א.ג וכירורגית ראש צוואר

מ.ר גורם מפנה



0324759497



036922

קוד הפניה: 304126776



טלפון: 08-6866230

פקס: 073-2132451

כתובת: הדוגית 16, יבנה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 11/10/1960



0056604978

כתובת:

ביאליק 9, נס ציונה

מיקוד 7409215

מכון לרפואת שינה

תלונות: רעשים באוזניים, מריעים לשון. היו בעבר וחלפו.

לפני 10 ימים חזרו.

נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה.

נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית.

נחירות / חשד להפסקות נשימה ☒

24/12/2019

תאריך עדכון:

24.1

BMI:

67 ק"ג

משקל:

168 ס"מ

גובה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- SNORING

אבחנה:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

MIRO 30MG X 30 0.5X1X30

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95807.00.02	בדיקת שינה

סיבת הבדיקה/שאלה למבצע: נחירות

אתר זימון תורים אסותא 03-7644444 appointment.assuta.co.il

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/12/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2022 עד תאריך - 26/06/2023

תאריך: 28/12/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036922

ד"ר פומורצב אלכסנדר

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה בא.א.ג וכירורגית ראש צוואר

טלפון: 08-6866230

פקס: 073-2132451

כתובת: הדוגית 16, יבנה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02

תאריך הביקור: 28/12/2022

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
STERONASE 55MCG X120	לרסס באף 1 מנה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 30 ימים	* NASAL SPRAY STERONASE 55MCG X120 < 1 OP > [34624]
BILAXTEN 20MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים	* TAB. BILAXTEN 20MG X 30 < 1 OP > [66789]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון שמיעה: בדיקת שמיעה מעל גיל 5, טימפנומטריה		
הפניה	מכון לרפואת שינה		

002264378591

תאריך: 11/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0304494032



033972

קוד הפניה: 306294782



טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

ד"ר קליימן דן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

תלונות: בירור טיניטוס. בהמלצת אג פרטי מופנה לבדיקת BERA.

• POLYPECTOMY ENDOSCOPIC COLON
2018

אבחנה:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

MIRO 30MG X 30 0.5X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת/ת: כן

הבדיקה הדרושה: BERA

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

11/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/01/2023 עד תאריך - 10/07/2023



030530



קוד הפניה: 307843017

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

- במכבי

פסיכיאטריה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: מטופל של ד"ר קליימן. לאחרונה עבר ד"ר בוזנח שכעת לא נמצאת מבקש לעבור על בדיקות מעבדה - המוגלובין מסוכרר 6.1, לאוקוציטוזיס קלה עם CRP תקין. פרט לכך ללא ממצא חריג כמו כן, מציין שעבר מס' ניתוחים בעין ימין כעת ללא ממצא שדורשת התערבות מידית - יש לחזור לד"ר בוזנח כמו כן, מבקש הפניה לפסיכיאטר - לדבריו מתקשה להירדם והתקפי חרדה

ממצאים: מצב כללי משביע רצון, ללא סימני מצוקה נשימתית או המודינמית,

אבחנה:

• ROUTINE HEALTH CARE VISIT

מעש/ת: כן

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

MIRO 30MG X 30 0.5X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לבדיקתך וחוות דעתך לגבי המשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

20/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/01/2023 עד תאריך - 19/07/2023

תאריך: 12/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



016606

ד"ר קפלן מיכאל

עיניים

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

טלפון:

08-9401386

כתובת:

האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בנימיני

שם פרטי: יאיר

ת.ז.: 56604978



0056604978

ת.לידה:

11/10/1960

מין: ז

טלפון:

0506888628

טל.עבודה/נייד: 0506888628

כתובת:

ביאליק 9, נס ציונה

מיקוד: 7409215

תמצית הביקור מתאריך 12/01/2023 בשעה 15:29

תאריך הביקור: 12/01/2023

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
GENTEAL 10ML	לטיפול בעין 1 טיפות 3 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.	* EYE DROPS GENTEAL 10ML < 1 OP > [72995]

002280612172

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 308745075

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אאג

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19
מציין שלפני 4 חודשים היה לו תד
מציין שיש לו גם טנטון, מציין שיום טרם פנייתו ביצע דיקור אך מאז מרגיש החמרה בטנטון

ממצאים: בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19

אבחנה:

- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA
- PREDIABETES
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- TINNITUS

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מטרת ההפניה: סובל מטנטון, לדבריו לא מצליח לישון בלילות, נא הערכתו

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

25/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/01/2023 עד תאריך - 24/07/2023

תאריך לידה: 11/10/1960 גיל: 62
 טלפון: 0506888628 נייד: 0506888628
 מבצע/ת הבדיקה: דרעי שחר מר. 155000

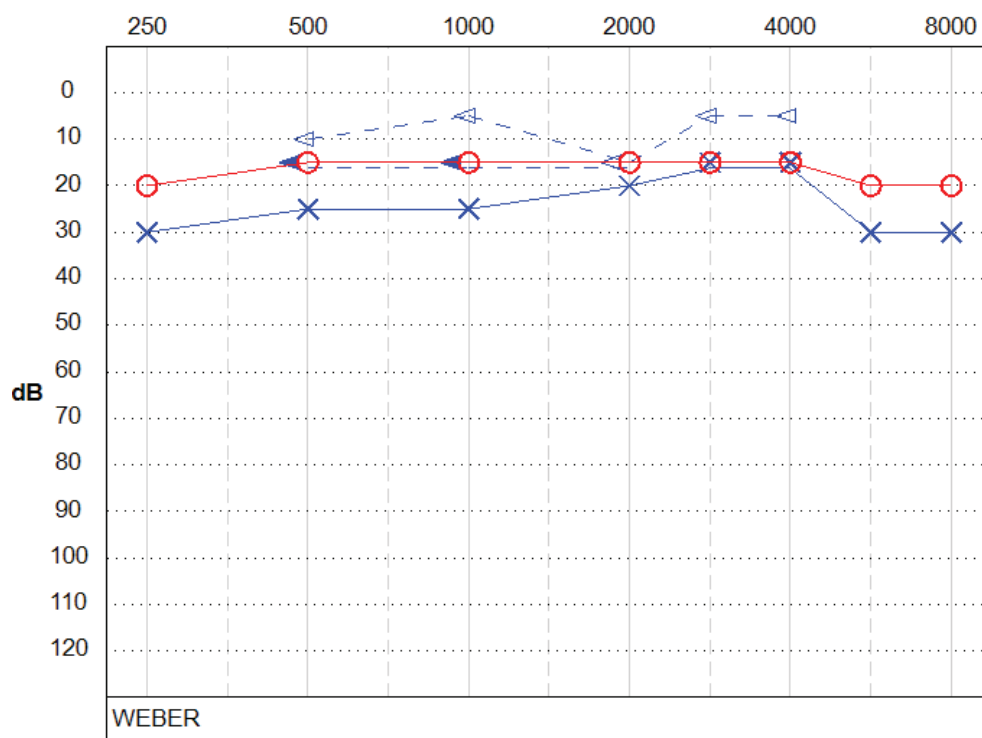
ת.ז: 56604978

שם: יאיר בנימיני

כתובת: רח' ביאליק 9 נס ציונה, 7409215

מספר ביקור: 232992779

בדיקת שמיעה



Speech Audiometry

(live voice) עברית

שפה:

	RT	+MASK	LT	+MASK
SRT	15		20	
DISC %	100 %		100 %	
db	50		55	50 SN
TOLER				

טימפנומטריה

אוזן ימין:

Type: A - בנורמה

ecv 1.1 peak 0.6 -40 daPa

אוזן שמאל:

Type: C - ההענות בלחץ שלילי -

ecv 1.3 peak 0.6 -160 daPa

רופא מפנה: אלכסנדר פומורצב, מר. 36922

רקע/אנמנזה: באוגוסט 2022 עבר תאונת דרכים, מאז טנטון משמעותי, יותר משמאל שמקשה עליו אף בשינה. מתלונן גם על אטימות ולחץ בשתי האוזניים. ללא חשיפה לרעש. ללא היסטוריה של דלקות/נוזלים.

סיכום והמלצות: בבדיקה מהיום, באוזן ימין ליקוי מזערי בתדרים 6-8KHz. אוזן שמאל ליקוי הולכתי מזערי- קל. מופנה חזרה לרופא א"ג.

נחתם אלקטרונית בתאריך: 02/01/2023 שעה: 11:54



030530



קוד הפניה: 307843017

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

- במכבי

פסיכיאטריה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: מטופל של ד"ר קליימן. לאחרונה עבר ד"ר בוזנח שכעת לא נמצאת מבקש לעבור על בדיקות מעבדה - המוגלובין מסוכרר 6.1, לאוקוציטוזיס קלה עם CRP תקין. פרט לכך ללא ממצא חריג כמו כן, מציין שעבר מס' ניתוחים בעין ימין כעת ללא ממצא שדורשת התערבות מידית - יש לחזור לד"ר בוזנח כמו כן, מבקש הפניה לפסיכיאטר - לדבריו מתקשה להירדם והתקפי חרדה

ממצאים: מצב כללי משביע רצון, ללא סימני מצוקה נשימתית או המודינמית,

אבחנה:

• ROUTINE HEALTH CARE VISIT

מעש/ת: כן

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

MIRO 30MG X 30 0.5X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לבדיקתך וחוות דעתך לגבי המשך בירור וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

20/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/01/2023 עד תאריך - 19/07/2023

תאריך ייעוץ: 20/01/2023

תעודת זהות: 56604978

פרטי מטופל: בנימיני יאיר

הופנה על ידי:

רופא מיינעץ: שגיב הושנג זכריה

תלונה מרכזית: בן 62 ג+3 נהג מונית הופנה עי רופא אא, ג לטיפול בטנטון בשתי אוזניים כמוק מטח ואי שקט נפשי טופל ב MIRO אך גרם לתופעות לוואי והפסיק בלילה נוטל VABEN הופנה ליעוץ פסיכיאטר

חומרת התלונה: 5

אבחנה: ANXIETY DIS UNS

טיפולים שאושרו למטופל			
תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים מומלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		10	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדינות וחד פעמיות בנקודות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההומאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מוכחת מדעית כיעילה למגוון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
רפלקסולוגיה		0	כוללת לחיצות באזורים בכפות הרגליים והידיים, המייצגים מע' שונות בגוף. מסייע במצבי גוף/נפש, כאב, תלונות גניקולוגיות שונות ועוד. מתאימה לטיפול בילדים.
תזונה / צמחי מרפא		0	נטורופתיה - פותחה באירופה. עוסקת בהתאמת תזונה, צמחי מרפא ותוספי מזון לסיוע במצבים רפואיים מגוונים, תוך הקניית תפיסה של אורח חיים בריא.
סדנת מיינדפולנס		0	

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 308748949

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

ריאה/דרכי נשימה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19
מצב כללי טוב. ללא גודש או אוושות צוואריות. קולות הלב סדירים, ללא אוושות. כניסת אויר טובה ושווה לשתי הריאות,
מצוין שיש לו גם טנטון, מצוין שיום טרם פנייתו ביצע דיקור אך מאז מרגיש החמרה בטנטון

לחץ דם: 109 / 165

ממצאים: בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19

מצב כללי טוב. ללא גודש או אוושות צוואריות. קולות הלב סדירים, ללא אוושות. כניסת אויר טובה ושווה לשתי הריאות,
צפצופים דו"צ. הבטן רכה, ללא רגישות או הגדלת איברים. גפיים ללא בצקת או עדות לפקקת.

אבחנה:

- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA
- PREDIABETES
- SMOKING CESSATION COUNSELING
- TINNITUS
- COPD EXACERBATION

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

NORVASC 5MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: רושם ל-COPD

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

25/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/01/2023 עד תאריך - 24/07/2023

תאריך: 30/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 309371528

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

עיניים - קרנית

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 30/01/2023 בשעה 10:29:04
מצוין שהעין מפריעה לו

ממצאים: בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19

מצב כללי טוב. ללא גודש או אוושות צוואריות. קולות הלב סדירים, ללא אוושות. כניסת אויר טובה ושווה לשתי הריאות, צפופים דו"צ. הבטן רכה, ללא רגישות או הגדלת איברים. גפיים ללא בצקת או עדות לפקקת.

בביקור בתאריך 30/01/2023 בשעה 10:29:04
אודם בלחמית ימין

אבחנה:

• EYE DIS UNS

מעשנת: כן

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

NORVASC 5MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: תלונות על רגישות והבזקים בעין ימין, בעבר השתלת קרנית לדבריו
נא הערכתו

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

30/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/01/2023 עד תאריך - 29/07/2023

שם: יאיר בנימיני ת.ז: 56604978 תאריך לידה: 11/10/1960 גיל: 62
כתובת: רח' ביאליק 9 נס ציונה, 7409215 טלפון: 0506888628 נייד: 0506888628
מספר ביקור: 233010542 מבצע/ת הבדיקה: פרנקו אוריאן מ.ר. 166560

בדיקת Bera

רופא מפנה: דן קליימן, מ.ר.: 33972
גורם מפנה: ד"ר קליימן דן
הערות: טנטון טורדני דו"צ
הבדיקה
סוג הגירוי: נקישה
עוצמת הבדיקה: 80dBhl
קצב הגירוי: 21.1pps

צד:	גל I	גל III	גל V	גל I-III	מרווח BTT
ימין	1.47	3.73	5.63	2.26	4.16
שמאל	1.33	3.4	5.47	2.07	4.14

תוצאות הבדיקה:

דגם התגובה:
חביון הגלים:
זמן מעבר בגזע המוח (BTT):
הבדל בין האוזניים:
המלצות:
הערות:

שני הצדדים התקבלו כל הגלים המצופים
בצד ימין גלים I ו-III התקבלו בזמני חביון בתחום הנורמה, גל V מעט
באיחור מזמני הנורמה, צד שמאל כל הגלים בזמני חביון בתחום הנורמה.
BTT תקין בשני הצדדים
קיים הבדל של מעל 0.3 בגל III לרעת ימין
מופנה חזרה לרופא אא"ג
מורפולוגיה לא מאוד ברורה

נחתם אלקטרונית בתאריך: 26/01/2023 שעה: 16:35



התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

קוד הפניה: 311568762

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

- במכבי

גסטרואנטרולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 13/02/2023 בשעה 10:37:31

הגיע בלונות חברו

היה אצל דר רוזנצוויג - 02/23 - "הנל פנה היום לייעוץ בשל תמונה חרדתית כפייתית1. להפסיק באופן הדרגתי ציפרלקס 2. במקביל להתחיל באופן הדרגתי ברנדה עד ל-100 מג ליום 3. להפסיק נוקטורנו 4. להתחיל לפני השינה סרוקוול 25 מג כל לילה ובמידה ואין השפעה לעלות ל-50 מ"ג 5 להפסיק ואבן 6. להתחיל לורבן 1 מכ לפי הצורך ולא יותר מ-3 פעמים ביום 7. הפניה לטיפול בפסיכותרפיה פרטית

מעבדה

כימיה סד ומבדלת TSH B12 FA VD "

ממצאים: בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19

מצב כללי טוב. ללא גודש או אוושות צוואריות. קולות הלב סדירים, ללא אוושות. כניסת אויר טובה ושווה לשתי הריאות, צפופים דו"צ. הבטן רכה, ללא רגישות או הגדלת איברים. גפיים ללא בצקת או עדות לפקקת.

בביקור בתאריך 30/01/2023 בשעה 10:29:04

אודם בלחמית ימין

בביקור בתאריך 13/02/2023 בשעה 10:37:31

אבחנה:

• EYE DIS UNS

מעש/ת : כן

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

תרופות קבועות:

SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30
SERENADA 100MG X 28 1X1X30
NORVASC 5MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: קולונו ב-2018 עבר פוליפקטומיה בעבר - לביקורת

תאריך: 13/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 311568762

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13/02/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/02/2023 עד תאריך - 12/08/2023



038091



התמחויות:

קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

מרפאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול	קוד
שם הטיפול	9943 בדיקת רופא

נותן שירות: (אסף הרופא-שמיר (בי"ח/קרן

מחלקה: א.א.ג.

מטרת הפניה: מרפאת טנטון/אוטולוגיה

תלונות: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 רעשים באוזניים, מריעים לשון. היו בעבר וחלפו. לפני 10 ימים חזרו. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 לוע- ללא אודם, ללא תפליט, ללא בצקת, ללא פצעים, ללא PND. ניקוי צרומן. אוטוסקופיהתקינה דו'צ'. צוואר- ללא בלוטות לימפה מוגדלות, ללא אודם, ללא נפיחות. אף- הרירית גדושה, הפרשה שקופה מוקואידיית. MIDDLE MEATUS, SPHENOETHMOIDAL RECESS חופשיים דו'צ'. הנזופרינקס חופשי. חיטוי טריסטל.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50 רעשים באוזניים 4-5 חודשים לסרוגין, מפרעים לשון. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית. מעשן

אבחנה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- RETRACTION EARDRUM

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מ.ר גורם מפנה



038091



קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

ד"ר כץ אריאל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

מרפאות חוץ

מטופל באופן קבוע ב-

BONDORMIN 0.25MG X20 1X1X30

CIALIS 5MG X 28 1X1X30

SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30

SERENADA 100MG X 28 1X1X30

NORVASC 5MG X 30 1X1X30

29/03/2023

חתימה וחותמת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/03/2023 עד תאריך - 25/09/2023

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.



008702

קוד הפניה: 312770236

טלפון: 08-9387100

פקס: 08-6485284

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה (מגדל הקניות).

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

הפנית אחות למיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 20/02/2023 בשעה: 17:56 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: לדבריו ל"ד גבוה. מתלונן על דופק מהיר בלילה והזעות. הוסבר למטופל שנבצע אק"ג אך ישלח למיון אחרי היות ואין רופא זמין לו. מטופל בסרנדה וסירוקוול

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
20/02/2023	17:37	לחץ דם	137/83 [שמאל, ישיבה]
20/02/2023	17:37	דופק	87

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
20/02/2023	17:38	אומדן כאב	עוצמה: 0	
20/02/2023	17:38	ביצוע א.ק.ג.-פיענוח מרחוק		
20/02/2023	17:48	הכוונה לגורם מטפל אחר		לחדר מיון
20/02/2023	17:48	העברת מטופל באמבולנס		
20/02/2023	17:48	הדרכה בנושא קידום בריאות		

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 30/03/2014 - CLARINASE -

CIALIS 5MG X 28 1X1X30
SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30
SERENADA 100MG X 28 1X1X30
NORVASC 5MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

**** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. ****
תוקף הפניה זו לתאריך 21/02/2023 בשעה 17:56:39

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

20/02/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

תאריך: 20/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאת אחיות

רוזנברגר חנה

אח/ות



008702

התמחויות:

קוד הפניה: 312770236

טלפון: 08-9387100

פקס: 08-6485284

אחות

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה (מגדל הקניותר.)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

הפנית אחות למיון

חבר מכבי מכבי תדאג להסדיר את ההתחייבות למיון תוך 45 ימים ולפיכך הנך פטור מתשלום הדרישה מבית החולים

תאריך: 16/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



018027

ד"ר ורסנו דוד

עיניים | עיניים קרנית

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

טלפון: 03-6295437

כתובת: הברזל 11, תל אביב - יפו (כניסה B, קומה 3, חדר 9)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 11/10/1960



0056604978

מיקוד: 7409215

כתובת: ביאליק 9, נס ציונה

תמצית הביקור מתאריך 16/02/2023 בשעה 18:13

תאריך הביקור: 16/02/2023

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
HYLO-COMOD 10ML	לטיפול בעין 1 טיפות 9 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.	* EYE DROPS HYLO-COMOD 10ML < 1 OP > [27905]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מרפאות חוץ: בדיקת רופא		

002317537371

בתאריך:
14/05/2023

מכתב

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

5660497-8 בנימיני יאיר

זכר, גיל בקבלתו: 62, ת. לידה: 11/10/1960

14/03/2023, מכבי

ביאליק 9, נס ציונה 7409215, 050-6888628, שם האב: נסים, ארץ לידה: ישראל

רופא משפחה

בנימיני יאיר ת.ז. 5660497-8

לכבוד:
הנדון:

בן 62, גרוש ואב לשלושה ילדים. מוכר כנכה צה"ל בשל פגיעה בעין ימין בעת השירות הצבאי כשהיה בן 20, עבר שתי השתלות קרנית. עובד בתור נהג מונית משנת 1997.

הופנה לטיפול יום על ידי הרופאה המטפלת בקהילה, ד"ר בוגדנוב, בשל הפרעת הסתגלות אחרי תאונת דרכים באוגוסט 2022.

בתאונה נהג ופגע ברכב שעצר בשולי כביש מהיר- נזקק לתפרים ביד שמאל ונפגע גם בעין שמאל. הפגיעה העיקרית היתה נפשית עם עליה ברמת החרדה והתפתחות של תסמינים דכאוניים. לאחר מכן מתאר התגברות של תסמינים סומטיים כגון אי נוחות בעיניים וטנטון.

נמצא במעקב פסיכיאטרי, פנה למספר רב של פסיכיאטרים, ניסה מספר תרופות. כעת מטופל ב Seranada 100 mg, Bondomin, Lorivan 1 mg עד פעמיים ביום. התחיל לאחרונה טיפול פסיכולוגי דרך משרד הבטחון.

הגיע היום לטיפול עם דמצב דלקתי בעין ימין. לדבריו לא נמצא במעקב עיניים סדיר.

הנ"ל זקוק במיידית לרופא עיניים שירכז את הטיפול בו. לאור מורכבות הפגיעה והטיפול בעין והמעורבות של מצב העין במצבו הנפשי הנ"ל לא יוכל להתחיל טיפול יום ללא מעקב וטיפול סדיר במרפאת עיניים. אבקש להפנותו בדחיפות להתחלת מעקב כזה. רק לאחר מכן יוכל להתחיל טיפול יום.

בכבוד רב

ד"ר ערן הראל
מומחה בפסיכיאטריה
מנהל מחלקה
מ.ת.מ. 1128977



ד"ר ערן הראל
מס.רשיון: 35917 מס. מומחה: 1128977

ע"י:

תאריך: 26/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 317789828

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

נוירולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות:

בביקור בתאריך 26/03/2023 בשעה 12:08:11 הגיעה עם בתו - מצינת שאביה חווה תופעות - מדי פעם התקפים של רעידות ברגליים ובידיים ומרגיש הרגליים לו סוחבות אותו בנוסף כל פעולה מעט מאומצת מביאה להזעה וקוצר נשימה יש לו תור לריאות ב-05/23

ממצאים: בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 17:45:19 מצב כללי טוב. ללא גודש או אוושות צוואריות. קולות הלב סדירים, ללא אוושות. כניסת אויר טובה ושווה לשתי הריאות, צפופים דו"צ. הבטן רכה, ללא רגישות או הגדלת איברים. גפיים ללא בצקת או עדות לפקקת.

בביקור בתאריך 30/01/2023 בשעה 10:29:04 אודם בלחמית ימין

בביקור בתאריך 13/02/2023 בשעה 10:37:31

בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 13:53:46

בביקור בתאריך 26/03/2023 בשעה 12:08:11

אבחנה:

• DYSPNEA

מעשנת: כן

• NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
• HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
• TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

תרופות קבועות:

BONDORMIN 0.25MG X20 1X1X30
CIALIS 5MG X 28 1X1X30
SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30
SERENADA 100MG X 28 1X1X30
NORVASC 5MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: מציין ארועים חוזרים של רעידות בידיים וברגליים ותחושה שהרגליים לא נושאות אותו וגם לעתים הפרעה בשיווי משקל

תאריך: 26/03/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224



קוד הפניה: 317789828

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

26/03/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/03/2023 עד תאריך - 22/09/2023

פרטי מטופל

שם מטופל: בנימיני יאיר
ת"ז: 56604978
גיל: 62 שנים ו- 5 חודשים
טלפון: 0506888628, 0506888628

מס ביקור
000233486958
פקס: 073-2132603

שם רופא: דר' בזנח נאוה
מומחיות: מומחית ברפואה פנימית
טלפון: 08-6325158

פרטי מטופל

שם מטופל: בנימיני יאיר
ת"ז: 56604978
גיל: 62 שנים ו- 5 חודשים
טלפון: 0506888628, 0506888628

מס ביקור
000233486958
פקס: 073-2132603

שם רופא: דר' בזנח נאוה
מומחיות: מומחית ברפואה פנימית
טלפון: 08-6325158

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 06/03/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. lorazepam 1 mg * LORIVAN	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום לפי הצורך * לפי הצורך ולא יותר מ-3 טבליות ליום	30 ימים					06/03/2023-20/03/2023	מדות לניפוק: 30 TAB ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 13/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



036224

ד"ר בוזנח נאוה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 13/02/2023 בשעה 10:37

תאריך הביקור: 13/02/2023

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
SERENADA 100MG X 28	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים	TAB. SERTRALINE 100MG X 30 < 1 OP > [71254] * TAB. SERENADA 100MG X 28 < 1 OP+2 > [74582] TAB. LUSTRAL 100MG X 28 < 1 OP+2 > [69744]
SEROQUEL 25MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים	* TAB. SEROQUEL 25MG X 30 < 1 OP > [25350] TAB. QUETIAPINE 25MG X 30 < 1 OP > [49799]
LORIVAN 1MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים	* TAB. LORIVAN 1MG X 20 < 1 OP+10 > [40516]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: גסטרואנטרולוגיה		

002313012471

פרטי מטופל

שם מטופל: בנימיני יאיר
ת"ז: 56604978
גיל: 62 שנים ו- 4 חודשים
טלפון: 0506888628 , 0506888628

מס ביקור
000231301247
פקס: 073-2132603

שם רופא: דר' בזנח נאוה
מומחיות: מומחית ברפואה פנימית
טלפון: 08-6325158

פרטי מטופל

שם מטופל: בנימיני יאיר
ת"ז: 56604978
גיל: 62 שנים ו- 4 חודשים
טלפון: 0506888628 , 0506888628

מס ביקור
000231301247
פקס: 073-2132603

שם רופא: דר' בזנח נאוה
מומחיות: מומחית ברפואה פנימית
טלפון: 08-6325158

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 13/02/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. lorazepam 1 mg * LORIVAN	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום לפי הצורך * לפי הצורך עד 3 טבליות ליום	30 ימים					13/02/2023-27/02/2023	- כמות לניפוק: TAB 30 ** השתתפות עצמית: 15 %
tab. sertraline hcl 100 mg SERTRALINE, * SERENADA, LUSTRAL	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	מתמשך	1 טבליה				13/02/2023-05/03/2023 06/03/2023-04/04/2023 05/04/2023-04/05/2023	- כמות לניפוק: TAB 30 ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. quetiapine 25 mg * SEROQUEL, QUETIAPINE	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום * לפני השינה	מתמשך	1 טבליה				13/02/2023-05/03/2023 06/03/2023-04/04/2023 05/04/2023-04/05/2023	- כמות לניפוק: TAB 30 ** השתתפות עצמית: 10 % בהמלצת מומחה

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



038091



קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



0056604978

מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

מרפאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול	קוד
שם הטיפול	9943 בדיקת רופא

נותן שירות: (אסף הרופא-שמיר (בי"ח/קרן

מחלקה: א.א.ג.

מטרת הפניה: מרפאת טנטון/אוטולוגיה

תלונות: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 רעשים באוזניים, מריעים לשון. היו בעבר וחלפו. לפני 10 ימים חזרו. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50

ממצאים: בביקור בתאריך 28/12/2022 בשעה 19:02:35 לוע- ללא אודם, ללא תפליט, ללא בצקת, ללא פצעים, ללא PND. ניקוי צרומן. אוטוסקופיהתקינה דו'צ'. צוואר- ללא בלוטות לימפה מוגדלות, ללא אודם, ללא נפיחות. אף- הרירית גדושה, הפרשה שקופה מוקואידידת. MIDDLE MEATUS, SPHENOETHMOIDAL RECESS חופשיים דו'צ'. הנזופרינקס חופשי. חיטוי טריסטל.

בביקור בתאריך 29/03/2023 בשעה 13:03:50 רעשים באוזניים 4-5 חודשים לסרוגין, מפרעים לשון. נזלת קבועה, עיטושים לסרוגין, נחירות לילה. נבדק אצל אלרגולוג- נזלת אלרגית. מעשן

אבחנה:

- TINNITUS
- RHINITIS ALLERGIC
- RETRACTION EARDRUM

בעיות ידועות:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

רגישות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מ.ר גורם מפנה



038091



ד"ר כץ אריאל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

קוד הפניה: 318362107

טלפון: 08-9100393

פקס: 08-9100396

כתובת: השייטת 4, נס ציונה

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 56604978

שם פרטי: יאיר

שם משפחה: בנימיני

טל.עבודה/נייד: 0506888628

0506888628

טלפון:

מין: ז

11/10/1960

ת.לידה:



מיקוד 7409215

ביאליק 9, נס ציונה

כתובת:

0056604978

מרפאות חוץ

מטופל באופן קבוע ב-

BONDORMIN 0.25MG X20 1X1X30

CIALIS 5MG X 28 1X1X30

SEROQUEL 25MG X 30 1X1X30

SERENADA 100MG X 28 1X1X30

NORVASC 5MG X 30 1X1X30

29/03/2023

חתימה וחותמת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/03/2023 עד תאריך - 25/09/2023

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.

תאריך: 30/03/2023

מ.ר. גורם מפנה



027894

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות
מרפאה לבריאות הנפש-טיפול במבוגרים

טלפון: 03-7463420

פקס: 073-2284468

כתובת: שריא שמואל 3, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.לידה: 11/10/1960	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל.עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

תשובת יועץ

לכבוד:

רופא משפחה

בבדיקה שנעשתה ב: 30/03/2023

עקב: בביקור בתאריך 02/03/2023 בשעה 09:53:33

בן 64, יליד הארץ, גרוש+3, למד 12 שנים, שירת בצבא שירות סדיר וקבע. בצבא נפגע בעין והושלל קרנית, נכה צה"ל. עובד כנהג מונית.
משנת 2016 במעקב פסיכיאטרי במכבי, לסירוגין. מאובחן כסובל מחרדות.
באוגוסט 2022 היה מעורב בתאונת דרכים ומצב החרדות החמיר. הומלץ על טיפול בציפרלקס ומירו. לא הקפיד לקחת ציפרלקס, לקח מירו מספר ימים והפסיק כי הרגיש רעידות בלסת.
לפני כחודשיים עבר טיפול אצל רופא עיניים ומאז לדבריו מצבו הנפשי החמיר, חושש שרופא טיפל בו לא נכון.
מאז הבדיקה חלה החמרה במצבו הנפשי, סובל מחרדה, מחשבות חוזרות על הבדיקה פחד שעייניים נפגעו ויאבד את הריאה, חושש מהשמש, מהאור. התחיל לסובל מטינטון, לא יושן טוב, חסר תאבון, ירד במשקל.
לפני כחודש פנה לפסיכיאטר פרטי והומלץ על טיפול בסרנדה וסרוקוול. לוקח כשבועות סרנדה 50 מ"ג, ללא השפעה, לקח סרוקוול 25 מ"ג פעמיים, טוען שהתחיל לשמוע הזיות, והפסיק.
כעת לוקח סרנדה, חושש לעלות מינון, לוריון 1 מ"ג. לקח בונדורמין - לא עזר לדבריו.
קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 08/03/2023 בשעה 11:24:13

הגיע ללא תור, ללא שינויים במצבו הנפשי, חרדתי, מתלונן שלא מסוגל לישון. לקח טראזודיל 50 מ"ג, סבל מתכיפות במתן השתן, היה רדום למחרת. לדבריו ישן עם בונדורמין יותר טוב.
הופנה בביקור הקודם לאשפוז יום, לא פנה.
לוקח סרנדה 100 מ"ג 6 ימים האחרונים.
התחיל טיפול פסיכולוגי.

בביקור בתאריך 30/03/2023 בשעה 10:02:01

לדבריו מצבו הנפשי ללא שינויים, ממשיך לסבול מחרדה, נדודי שינה. לוקח סרנדה 100 מ"ג - מ-02.03.23, לוריון לשינה. מתלונן על הזעה, יובש בפה.
פנה לאשפוז יום, מוזמן לחודש מאי.

ממצאים: אפקט מתוח, חרדתי, דיספורי. מודע צלול, חשיבה פרסברטיבית. ללא סימנים פסיכוטיים. עיסוק יתר במצבו הגופני, חושש לאבד ריאה, מתלונן על טינטון. חושד שרופא טיפל בו לא נכון. ללא עדות למחשבות אובדניות. שיפוט המצאיות תקין.
בביקור בתאריך 30/03/2023 בשעה 10:02:01

PSYCHIATRIC MEDIC. FOLLOW UP/ TREATMENT

טיפולים:

- ANXIETY AND DEPRESSION
- CHRONIC MEDICATION REFILL

אבחנה:

נרופות שניתנו:

SERENADA 100MG X 28 - {למשך 30 ימים} 1 X 1
BONDORMIN 0.25MG X20 - {למשך 30 ימים} 1 X 1
SERENADA 50MG X 28 - {למשך 30 ימים} 1 X 1
ZAPPA 5MG X 30 - {למשך 30 ימים} 1 X 1

כום והמלצות: לעלות מינון של סרנדה ל150 מ"ג

להוסיף זאפה 2.5 מ"ג, אחרי שבוע ניתן לעלות ל5 מ"ג
לשינה בונדורמין 0.25 מ"ג - לפי הצורך.

רת והמשך מעקב:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
דניאל	יאיר	056604977	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
	9	נס ציונה	מיקוד

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. _____

מסי אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 12.9.22 עד לחתימה ופס - מסי דטיון: 62254 חתימה: X (במסגרת של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, י"א קני"ל 05404974, מרחוב הצלה 9, ר"ס צ"ח,
ת.ז. מס' 05404974, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ג 2.4.2 בענין תאונת דרכים מיום
נגד ג 2.4.2 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושטרות כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
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 12 לחודש 9 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינד
משרד דניאל 62254