



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



דצמבר 2024 31
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נכות מעבודה

באמצעות האתר

א.ג.נ. שלום רב,

הנדון: רותם רג'ואן, ת.ז. 203014014

תאונה מיום 14.7.24

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה רפואית אודה.
- *רצ"ב יפוי כח ווס"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 בך 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 ובירורים 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. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה 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 ובירורים 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.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

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

חותמת קבלה

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
רג'ואן	רותם	2 0 3 0 4 1 4 0 1 4
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		1 9 0 6 1 9 9 1
נקבה ☐		שנה חודש יום
עיסוק		
שכיר ☒		
מתנדב ☐		
עצמאי ☐		

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
46445	הרצליה			3	צבי מנדלבלט
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
_____ @ _____		0 5 4 4 4 0 5 2 7 8		_____	

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 ס"ב

☐ 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)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה
1 4 0 7 2 0 2 4
שנה חודש יום
פרטים על הפגיעה
במהלך העבודה נחבל בגב ונפגע

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות רמי שבירו הנדסה ובניה						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה: מנהל עבודה						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל	☐	טלפון נייד	
שב"ס	☐	מס' פקס	
משטרה	☐		
משמר הכנסת	☐		
משמר אזרחי	☐		
אחר	☐		
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן, פרט ☒ רצ"ב _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	רצ"ב	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון	
קושי בכיפוף והרמה, קושי בישיבה ממושכת, עמידה	רצ"ב
הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות - כאב ונימול	
קושי בהרמה, קושי בהירדמות ושינה רציפה, צורך בנטילת משככי כאבים	
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתי, יש לצרף מסמכים רפואיים: 	

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה אך מתקשה בביצועה

☐ 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 ממוסד הביטחון?
☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?
☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

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

שם גורם מסייע עו"ד אריאל פרייברג	כתובת אבא הלל 7 רמת גן	טלפון 03-7412358
-------------------------------------	---------------------------	---------------------

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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 ☐ לחשבוני 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 להחתימה 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 ו/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

11

הצהרה

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 ביודעין 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 נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 31/12/2024 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 14 07 2024 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 203014014	קוד גמלה 11
שם פרטי רותם	שם משפחה רג'ואן	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 אודותיי.

תאריך 31/12/2024 חתימת המבוטח x _____

ת.ז. 1203014014	שם המבוטח:	רל"אן רותם	מ.ז.	ד.מ.	בטוח:	נעדר:	ת.ל.י.ח.:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			



הבדיקה הדחופה: חדר מיון - GNG0032

תלונות החולה:

• בן 33, G6PD.

סובל מכאבי גב תחתון. בעבר MRI ב-2022 הדגים בלטים מתניים עם לחץ קל על הדיסק. לפני כשבוע במסגרת עבודתו ביצע פעולה אשר הפעילה לחץ על הגב התחתון. מאז כאבים עזים, הקרנות לרגליים. ללא חולשה בפלג הגוף התחתון. ללא איבוד שליטה על הסוגרים. אתמול החמרה בהקדנה עם התפשטות דיסטלית בגפה ימנית תחתונה.

אבחנות:

• BACKACHE

שאלות לבדיקה:

בדיקת אורטופד במיון בשל החמרה אקוטית בנוירופתיה.

בימים א'- ה' ההפניה בתוקף עד 8 בבוקר שול היום למחרת. ביום ו' או ערב חג - ההפניה בתוקף עד יום א' או למחרת הוצג ב-8:00 בבוקר. שים לב: השעה הקובעת היא זו המוחתמת בניירת הקבלה של בית החולים. אנא הגע מספיק זמן קודם לשעה 8:00.



רפואת פנימית	ד"ר לוי גדי	חשן	130353
שד' לצט יעקב 6 הרצליה	טלפון	05-9705111	



מכתב סיכום - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	רג'זאן	תאריך לידה:	19/06/1991	מלרד מהליכים:	0
שם פרטי:	רותם	ת. זהות:	20301401-4	מנהל מלר"ד:	ד"ר רוזריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:	שם האב:	דור:		אח/אחות אחראיים:	מקסימוב עפרה

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא זמין
בראות שלמה!
חופשת מחלה: 5 ימים.

גם בפניה חזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה:

נחתם ע"י: דר' דן דור מ.ר. 177145

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

הגנת מידע

21/07/2024 16:26 דור דן דר' דן דור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

מסמכים נלווים

הופק ע"י ד"ר דן דור מ.ר. 177145 21/07/2024 16:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מונא 21/07/2024

שם משפחה:	רגזן	ת. לידה:	19/06/1991	מלרד מהליכים D
שם פרטי:	רותם	ת. זהות:	20301401-4	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת:	תוף מרים 3, הרצליה 4651609	זכר		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון:	0544405278	גיל:	33	מס' קבלה למחלקה: 2526654101
סוג דם:		מספר קבלה:		טלפון: 09-7471521
מחוז:		גורם מממן:		פקס: 09-7410994
קופ"ח מאוחדת		מספר קבלה:		
שם האב:	דוד	תאריך קבלה:	13:22 21/07/2024	

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: כן

סטטוס מטופל: אחר

רופא אחראי:

רופא: דר' דן דור מ.ר. 177145

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
BACK PAIN	7245			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 33, בריא

לדבריו מזה שבוע כאבי גב תחתונים עם קרינה לרגלי ימין
מצוין כאבים פתאומיים לאחר הרמת עגלת משטחים עם שקי מלט
ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא חום סיסטמי

בבדיקתו:

טיפול לאחר טיפול בנוגדי כאב

מתהלך עם צליעה אנטגלית

עמ"ש - ללא סימני חבלה או נפיחות לאורך עמ"ש, ללא רגישות בנפיקוש לכל אורכו, רגישות פאראורטבראלית מותנית מימין

כוח גס גפיים תחתונות: IP 5/5, QUAD 5/5, GC 5/5, TA 5/5, EHL 5/5, PER 5/5

תחושה שמורה בכל התחתות

החזרים פטלריים הופקו

ללא החזרים פתולוגיים

SLR חיובי מימין

הוסבר על אופן הטיפול והמשכו.
שחרור עם ההמלצות הבאות:

בדיקה גופנית

נרשם ע"י ד"ר דן דור מ.ר. 177145, D מלרד מהליכים

תאריך עדכון: 21/07/2024 16:23

דיווח / דין:



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: שם פרטי: סוג דם: גיל: תאריך לידה: ת. זהות: שם האב: מלרד מהלכים D מנהל מלרד"ר דר' רוזריג יוסף מ.ר. 25562 זח/אהות אחראיים: מקסימוב עפרה

לא ידועה רגישות לתרופות רגישות אחרת

שם החומר תאריך רשום תגובה

G6PD 01/03/2020

הוראות ומדידים

תאריך שעה קטגוריה מדידים 14:37 21/07/2024

מדיד תוצאות והערות

מצב הנדה

רמת כאב

החלונות כאב

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	CPL	21/07/2024 14:37 אימירלי ענבל מ.ר. 228376	Once Rate from nurse: 0	ACAMOL CPL 1000 mg

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות ליפוק	אריזות ליפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מינון	שם התרופה
✓	כל כדור מכיל: Paracetamol 500mg, Caffeine 50mg, Codeine Phosphate 15mg לא לשים לב, תרופת LASA קיימת תרופה בעלת מראה דומה - Tab. Tegretol CR 400 mg (ראה קובץ מצורף).			7 ימים	X 3 ביוב	2 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓	יש ליטול את התרופה על קיבה ריקה, רצוי חצי שעה לפני ארוחת הבוקר. אין לחצות או לכתוש את הכדור			10 ימים	X 1 ביוב	20 mg	Oral	OMEPRADEx (OMEPRAZOLE)
✓				10 ימים	X 1 ביוב	90 mg	Oral	ARCOXIA (ETORICOXIB)

המלצות

המלצה:

עדכון ומעקב רופא מטפל

נוגדי כאב ונוגדי דלקת בשילוב סותרים חומצה מיקובל - מרשם מצורף
קומפרסים קרים לפי צורך - יש להימנע ממנו קרח/עור ישיר
פיזיותרפיה
תנועה לפי מגבלת כאב

ת.ז.: 1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	בטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			



- בי"ח הרצליה מדיקל סנטר-CMH-סל

בתוקף מ: 05/08/2024
עד: 04/10/2024

הבדיקה הדחשה: CT עמוד שדרה מותני סקרלי - CTI0026 - התחייבות כספית מספר 725551640

תלונות החולה:

- כאב בגב באיזור תחתון מזה 3 שבועות מוחמר בתנועה. מוקל במנוחה. מקרין לרגליים.

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד: ללא חסר נירולוגי. ידוע על בלט דיסק מותני לפני שנתיים על פי MRI

אבחנות:

- LOW BACK PAIN

רופא/מטפל:	ד"ר ינוקא מיכאל	רשיון:	25977
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	09-9706111
כתובת:	שד' למצט יעקב 6 הרצליה		



המכון להדמיה אבחנתית

הרצליה
מדיקל
סנטר



חסוי אישי

לכבוד הרופא המטפל

בדיקה: C.T. - ע"ש מותני

שם: רג'ואן רותם	ת.ז.: 203014014	תאריך בדיקה: 12.08.24
גיל: 33 שנים 2 חודשים	מין: ז	תיק: 4363713

CT ע"ש מותני ללא חומר ניגוד

סיבת הפניה: כאבים

השוואה עם בדיקה מתאריך 6.4.22

ממצאים:

לורדוזיס מותני שמור.
ללא עדות לשבר או דיסלוקציה.

T12-L1

ללא עדות לבקע דיסק.
ללא היצרות ספינלית או פורמינלית.

L1-L2

ללא עדות לבקע דיסק.
ללא היצרות ספינלית או פורמינלית.

L2-L3

ללא עדות לבקע דיסק.
ללא היצרות ספינלית או פורמינלית.

L3-L4

בלט דיסק דיפוזי. לחץ קל על שק התקאלי.
ללא היצרות ספינלית או פורמינלית.

L4-L5

בלט דיסק דיפוזי. לחץ קל על שק התקאלי.
ללא היצרות ספינלית או פורמינלית.

פיענוח בדיקה זו חובה להביא לידיעתו של הרופא המטפל/מפנה

לכל שאלה בנוגע לפענוח, לבדיקה מול המכון ניתן לפנות בדואר אלקטרוני בכתובת: XRay@hmc.co.il

מחוייבים אישיה לבדיקות שנה

הרצליה מדיקל סנטר שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, ישראל 4685107 | Herzliya Medical Center 7 Eli Landau Blvd., Herzliya, Israel 4685107
מרכז המומחים של הרצליה מדיקל סנטר רח' החושלים 8, הרצליה, ישראל 4672408 | HMC Experts 8 Hahoshlim St., Herzliya, Israel 4672408
טלפון: *9599 *9592555 0972 | Web: www.hmc.co.il Tel: +972 9.9592555 *9599
www.hmcisrael.com Email: information@hmc.co.il

שם מטופל: רותם רג'ואן

ת.ז.: 203014014

עמוד 1 מתוך 2



המכון להדמיה אבחנתית

L5-S1

בקע דיסק סובארטיקולרי מימין, יצר לחץ בינוני על שק התקאלי.
לחץ על מוצא של עצב S1 מימין. חשד ללחץ על עצב S1 משמאל.
היצרות פורמינלית קלה משמאל.

סיכום:

בקע דיסק בגובה L5-S1 בהחמרה.
שאר כמתואר.

בברכה,

ד"ר דוברובסקי אולג
מ.ר. 1136938

תאריך הדפסה: 16 אוגוסט, 2024

פיעמח בדיקה זו חובה להביא לידיעתו של הרופא המטפל/מפנה

לכל שאלה בנוגע לפענוח, לבדיקה מול המכון ניתן לפנות בדואר אלקטרוני בכתובת: XRay@hmc.co.il

מחויבות אישית לבריאות שלך

תלפון: 972.9.9592555 *9579
Web: www.hmc.co.il
www.hmcisrael.com Email: information@hmc.co.il

Herzliya Medical Center 7 Eli Landau Blvd., Herzliya, Israel 4685107, הרצליה, ד"ר אבי לנדאו ק.
מרכז המומחים של הרצליה מדיקל סנטר רח' החושלים 8, הרצליה, HMC Experts & Hahoshlim St., Herzliya, Israel 4672408

ת.ז: 1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	בטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			



הבדיקה הדרושה: אורטופד עמוד שדרה גב / אורתופד עמ"ש - ICG0079

תלונות החולה:

- עדיין כאב גב תחתון עם הקרנה לצד ימין

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד: ללא חסר נירולוגי. CT -פריצת דיסק L5-S1 לימין עם לחץ על שורש מימין. ממצא שלא היה ב CT לפני שנתיים

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- SCIATICA right

שאלות לבדיקה:

בדיקה והמלצה

רפא/מטפל:	ד"ר ינוקא מיכאל	רשיון:	25977
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	09-9706111
כתובת:	שד' לנצט יעקב 6 הרצליה		



ת.ז: 1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			



הבדיקה הדחשה: מרפאת חוץ כאב - ECG0033

תלונות החולה:

- עדיין כאב גב תחתון עם הקרנה לצד ימין

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : ללא חסר נירולוגי. CT -פריצת דיסק L5-S1 לימין עם לחץ על שורש מימין. ממצא שלא היה ב CT לפני שנתיים

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- SCIATICA right

שאלות לבדיקה:

לטיפול

רופא/מטפל:	ד"ר ינוקא מיכאל	רשיון:	25977
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	09-9706111
כתובת:	שד' לצט יעקב 6 הרצליה		



28/8/24

203014014 שס רגיל 717

T. ETORAN 500mg 7x2

לעיל


ד"ר גבריאל גורן
אורטופד מומחה
מנתח עצמות
מ.ר. 80571 מ.ר. 3151

ת.ז: 1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	בטוח:	עדיף:	ת.לדה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

מס. טופס	4437000112
----------	------------

הפנייה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדרושה: **פיזיותרפיה אורתופדי טיפולי המשך - PRG0017**

תלונות החולה:

- העתק מ-15.08.2024: העתק מ-22.07.2024: העתק מ-21.07.2024: בן 33, G6PD. סובל מכאבי גב תחתון. בעבר MRI ב-2022 הדגים בלטים מתניים עם לחץ קל על הדיסק. לפני כשבוע במסגרת עבודתו ביצע פעולה אשר הפעילה לחץ על הגב התחתון. מאז כאבים עזים, הקרנות לרגליים. ללא חולשה בפלג הגוף התחתון. ללא איבוד שליטה על הסוגרים. אתמול החמרה בהקרנה עם התפשטות דיסטלית בגפה ימנית תחתונה.

ביום 22.07.2024: היה במיון.
הומלץ על טיפול תרופתי ופיזיותרפיה

ביום 15.08.2024:
ממשיך עם טיפול בכאבים עקב כאבים בגב התחתון. מופנה לטיפול ברפואה משלימה

ביום 29.08.2024:
נבדק על ידי ד"ר גוטמן ועבר CT עמוד שדרה שהדגים החמרה בדיסק פרוץ ידוע. כעת עושה טיפולים פיזיותרפיים, אבל זקוק לביצוע MRI עמוד שדרה, גם הומלץ על הזרקה תחת שיקוף כמו כן זקוק לטיפול פיזיותרפי רצוף

אבחנות:

- LOW BACK PAIN

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רופא/מטפל:	ד"ר ביילינסון ניק	רשיון:	33682
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	09-9574236
כתובת:	בן גוריון 2 הרצליה		



ת.ז: 1203014014	שם המבוטח: רג'ואן רותם	מין: זכר	ביטוח: עדיף	ת.לדה: 19/06/1991
כתובת: צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד: 46445	טלפון: 054-4405278		

אישור מחלה



הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופל ששמו מופיע באישור זה אינו מסוגל לעבוד. אישור זה ניתן מיום 30/08/2024 עד יום 20/09/2024 סה"כ 22 ימים

החל מ-11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רפא/מטפל: ד"ר ביילינסון גיק	תחום עיסוק: רפואה פנימית	כתובת: בן גוריון 2 הרצליה
רשיון: 33682	טלפון: 09-9574236	



ת.ד: 1203014014	שם המבוטח:	רג'אן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.ל.י.ד:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

מס. טופס	אישור מחלה
5412001215	

הנני לאשר בזאת כי:

עקב מחלה הרשומה בתיק הרפואי, המטופל ששמו מופיע באישור זה אינו מסוגל לעבוד. אישור זה ניתן מיום 16/09/2024 עד יום 06/10/2024 סה"כ 21 ימים

החל מ-11.2015 עפ' חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רפא/מטפל:	ד"ר גוטמן גבריאל	תש"ן:	80571
תחום עיסוק:	אורתופדיה גב וע.שדרה	טלפון:	
כתובת:	רפפורט 3 כפר סבא		



מורשם חפא

ת.ז: 1203014014	שם המבוטח: רג'ואן רותם	מין: זכר	בטוח: עדיף	ת.ל.י.ח: 19/06/1991
כתובת: 00003 הרצליה	צבי מנדלבלט	מיקוד: 46445	טלפון: 054-4405278	

65%	ETOPAN 500MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 10 days (ETODOLAC) הנהח במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	16271	 080571 רשיון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 16/09/2024 עד ותאריך: 30/09/2024
	XXXXXXX		מס מרשם -1  17090103
	XXXXXXX		ת. מרשם -2  1609240034
	XXXXXXX		מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכשה האחרונה
	XXXXXXX		בדיעתי במידה וקיים פריט גרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גברית זוהי שאמורה על ידי הקופה
	XXXXXXX		השתתפות המבוטח/ת בגובה התשלום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף
	XXXXXXX		אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו מחזקו מהמרשם במסגרת ת.ז. וחתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

חפא/מטפל: ד"ר גוטמן גבריאל	תשיון: 80571	טלפון:
תחום עיסוק: אורתופדיה גב וע. שדרה		
כתובת: רפפורט 3 כפר סבא		



תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה



מס. נוסף

4437000096

ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:		כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278		

שם המעביד: שביר
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע: מנהל עבודה
שכיר: כן
רופא מטפל: ד"ר ביילינסון ניק
נמצא בטיפול מיום: 14/07/2024
תאריך התאונה:

אבחנות:

- LOW BACK PAIN

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 14/07/2024
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 29/08/2024 עד יום 31/10/2024 סה"כ 64 ימים

רופא/מטפל: ד"ר ביילינסון ניק
תחום עיסוק: רפואה פנימית
כתובת: בן גוריון 2 הרצליה



תש"ן: 33682

טלפון: 09-9574236



מחשבוני מכרה

19/06/1991 תאריך: 054-4405278 טלפון: 46445 מיקוד: 00003 הרצליה
שם המכונה: 10030146
מחשב: 033682
רשיון מכרה: 17320105
07/10/2024 תאריך: 21/10/2024 עד תאריך:

65%
VOLTAREN EMU 1% 100GR
EX
(DICLOFENAC SODIUM)

8040

הנהגה רמאוחדת פארם בלבד

1-O.P.

הנהגה בנקופה בלבד

033682
רשיון מכרה

המספר 1

המספר המרשם

07/10/2024 תאריך: 21/10/2024 עד תאריך:

XXXXXX

01 מרשם
17320105

XXXXXX

02 מרשם
0710240068

XXXXXX

המספר 25 מרשם האחרונה
המספר 5 מרשם

XXXXXX

המספר 25 מרשם האחרונה
המספר 5 מרשם

המספר 25 מרשם האחרונה
המספר 5 מרשם

המספר 25 מרשם האחרונה
המספר 5 מרשם

המספר 25 מרשם האחרונה

לתשומת לבכם: נפיק תרופות בבתי המרקחת יצא עם כרטיס מגנטי בלבד.

33682 רשיון

09-9374226 טלפון

המספר 25 מרשם האחרונה
המספר 5 מרשם



רשיון
משרד הבריאות
מ.ר. 33682
מ.ר. 22378

ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.ל.ד:	19/06/1991
כתובת:		צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

מס. טופס
4437000104

הבדיקה הדרושה: חגורת גב אורתופדית מוכנה - AVG0034

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

אבחנות:

- LOW BACK PAIN

שאלות לבדיקה:

עקב בלט דיסק במסגרת תאונת עבודה

רופא/מטפל:	ד"ר ביילינסון ניק	רשיון:	33682
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	09-9574236
כתובת:	בן גוריון 2 הרצליה		



תעודת רפואית מספית לנפגע בעבודה



מס. טופס

4437000096

ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מגדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278	מס. טלפון:	054-4405278	מס. טלפון:	054-4405278

שם המעביד: שביח
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע: מנהל עבודה
שכיר: כן
רופא מטפל: ד"ר בילינסון ניק
נמצא בטיפול מיום: 14/07/2024
תאריך התאונה: 14/07/2024

אבחנות:

- LOW BACK PAIN

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 14/07/2024
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 29/08/2024 עד יום 31/10/2024 סה"כ 64 ימים

רפא/מטפל:	ד"ר בילינסון ניק	רשיון:	33682	טלפון:	09-9574236
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	09-9574236	טלפון:	09-9574236
כתובת:	בן גוריון 2 הרצליה	טלפון:	09-9574236	טלפון:	09-9574236



ת.ז: 1203014014 שם המבוטח: רג'ואן רותם מין: זכר בטוח: עדיף ת.ל.י.ד: 19/06/1991
כתובת: צבי מנדלבלט 00003 הרצליה מיקוד: 46445 טלפון: 054-4405278



הפנייה לבדיקת - MRI

הבדיקה הדרושה: **MRI תעלה ועמוד שדרה מותני וסקרלי - MRI0021**

תלונות החולה:

- העתק מ-29.08.2024: העתק מ-15.08.2024: העתק מ-22.07.2024: העתק מ-21.07.2024: G6PD, 33 בן 33. סובל מכאבי גב תחתון. בעבר MRI ב-2022 הדגים בלטים מתניים עם לחץ קל על הדיסק. לפני כשבוע במסגרת עבודתו ביצע פעולה אשר הפעילה לחץ על הגב התחתון. מאז כאבים עזים, הקרנות לרגליים. ללא חולשה בפלג הגוף התחתון. ללא איבוד שליטה על הסוגרים. אתמול החמרה בהקרנה עם התפשטות דיסטלית בגפה ימנית תחתונה.

ביום 22.07.2024: היה במיון.
הומלץ על טיפול תרופתי ופיזיותרפיה

ביום 15.08.2024:
ממשיך עם טיפול בכאבים עקב כאבים בגב התחתון. מופנה לטיפול ברפואה משלימה

ביום 29.08.2024:
נבדק על ידי ד"ר גוטמן ועבר CT עמוד שדרה שהדגים החמרה בדיסק פרוץ ידוע. כעת עושה טיפולים פיזיותרפיים, אבל זקוק לביצוע MRI עמוד שדרה, גם הומלץ על הזרקה תחת שיקוף כמו כן זקוק לטיפול פיזיותרפי רצוף

ביום 28.10.2024:
זקוק ל- MRI עמוד שדרה

אבחנות:

- LOW BACK PAIN



רשיון: 33682

רופא/מטפל: ד"ר בייליסון ניק

תחום עיסוק: רפואה פנימית

כתובת: בן גוריון 2 הרצליה

טלפון: 09-9574236

תמונת חותם



ת.ד: 1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לדה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

סיכום ביקור

ביקור ב - 04/11/2024 16:27 אצל ד"ר גוטמן גבריאל, אורתופדיה גב וע. שדרה מ.ק. 80571
 ביקור ראשון בלי כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

15/08/2022 *

סובל מכאבי גב תחתון ללא כאבים רדיקולרים. בריא.

בדיקה נירולוגית תקינה למעט הפרעה בתחושה אדרמטומלי ברגל שמאל.

פיענוח MRI ע"ש מותני 14/06/2022: בלטים מינימליים L4-L5 ו L5-S1 עם לחץ קל על השק וללא לחץ על השורשים.

התחיל פיזיותרפיה עם שיפור מסוים.

אין מקום להתערבות ניתוחי בגבו.

יש להימנע מהרמה משאות כבדים - ישיבה ממושכת.

ייעוץ רופא תעסוקת

28.8.24

מוכר לי מביקור קודם ב-2022. סבל מפריצות דיסק L4-L5 ו L5-S1 והכאב השתפר והיה במצב מאוזן עד לפני כחודש בחצי. מתאר אירועי של משיכה של מסא כבד בעבודתו בתאריך 14.7.24 ומאז חש החמרה בכאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל ימין עכוז/ירך אחרי / סובך. המשיך לעבוד כחודש עד ה-13/8 ונאלץ להפסיק עקב החמרה בכאבים. ללא הקרנה לרגל שמאל. שולט על סוגרים.

בבדיקה: ליסט לשמאל. הגבלה קשה בכיפוף יישור הטייה ורוציה בגב תחתון. ללא כאבים במישוש ע"ש קו אמצע. כח גס תחושה החזרים שמורים בגפיים תחתונות. SLR חיובי מימין. פרקי ירכיים חופשיים

CT ע"ש מותני 12.8.24: נראה פריצת דיסק L5-S1 ימני בהחמרה ביחס ל MRI מ-14.6.2022 מופנה ל MRI ע"ש מותני עדכני לצורך איפיון מיטבי של פריצת הדיסק L5-S1. מופנה ל SNRB פורמן S1 מימין במסגרת מרפאת כאב. פיזיותרפיה. אין להרים משאות כבדים. להימנע משיבה ממושכת וכיפוף קדמי עם הגב חופשת מחלה 3 שבועות.

16.9.24

מאז הביקור אחרון היה שיפור בכאבים ושוב פעם החמרה.

MRI ע"ש מותני 2.9.24: שיפור בפריצת דיסק L4-L5 ביחס MRI מ-2022. החמרה בפריצת דיסק L5-S1. כעת פריצת דיסק ימני L5-S1 אקוטית עלכרוני מתאים לתלונותיו

קיבל הסבר על ממצאים ודרכי טיפול. בשלב זה ממשיך טיפול לא ניתוחי

אין להרים משאות כבדים. להימנע מכיפוף קדמי עם הגב וישיבה ממושכת.

מופנה להידרותרפיה

4.11.24

עדיין מדווח על כאבים לאורך רגל ימין. מתוכנן לחזור לעבודתו. בעבודה יומית עובד פיזית. בהתייחס לעמוד שדקרה ובעקבות הפריצות דיסק, בעת אינו כשיר לעבודה מאומצת: עליה וירידה במדרגות - עמידה ממושכת - הרמה משאות כבדים - כיפוף קדמי עם הגב מותר לחזור לעבודתו אם תהיה אפשרות לעבודה משודית בלבד. להימנע גם משיבה ממושכת. לאפשר לעשות הפסקות או לעבוד עם אפשרות לבצע שינוי תנוחה: שילוב של עמידה וישיבה.

אבחנות

• LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

		רשיון: 80571	רופא/מטפל: ד"ר גוטמן גבריאל
אורטופד עמוד שדרה מנתח עמוד שדרה 80571 מ.ר.ג.	טלפון:	תחום עיסוק: אורתופדיה גב וע.שדרה	כתובת: רפפורט 3 כפר סבא

www.meuhedet.co.il

ת.ז: 1203014014	שם המבוטח:	רג'אן רותם	מין:	זכר	בטוח:	ינאיף	ת.לידה: 19/06/1991
	כתובת:	צבי מנדלבלט 00903 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278	



הבדיקה הדרושה: **מכתב רפואי - GNG0038**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

אבחנות:

• LOW BACK PAIN

שאלות לבדיקה:

ב- 14.07 סבל מתאונת עבודה במהלכה אירעה פריצת דיסק בגב התחתון.

אומנם חזר לעבודה אך ממשיך לסבול מכאבים בגב התחתון וחשוף לסיכונים של החמרה הכאבים בעת פעולות פיזיות מסוימות ולכן אני ממליץ שיעסוק בעבודה משרדית ללא הליכה מרובה, עליה במדרגות או בסלמות, ללא התכופכות קדימה והרמת משא מעל 1 ק"ג.

רופא/מטפל:	ד"ר ביילנסון ניק	רש"ר:	33682
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	00-9574236
כתובת:	בן גוריון 2 הרצליה		



ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:		צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

סיכום ביקור

ביקור ב - 06/11/2024 17:45 אצל ד"ר ינוקא מיכאל , אורתופדיה מ.ר. 25977
 ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- כאב בגב באיזור תחתון מוחמר בתנועה. במעקב אורטופד ע"ש.

בדיקה גופנית

- מערכת שלד : ללא חסר נירולוגי

אבחנות

- HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC LUMBOSACRAL

תרופות

- LUMBOLOC 1 1UNIT 1 O.P.(35%)

דיון והמלצות

ממליץ טיפל סימפטומטי לכאבים כולל קנאביס רפואי



רשיון: 25977

רופא/מטפל: ד"ר ינוקא מיכאל

תחום עיסוק: אורתופדיה

כתובת: שד' לנצט יעקב 6 הרצליה

טלפון: 09-9706111

חתימה וחותמת הרופא

מרחשם רופא

ת.ז: 1203014014	שם המבוטח: רג'אן רותם	מין: זכר	ביטוח: עדיף	ת.לידה: 19/06/1991
כתובת: צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד: 46445	טלפון: 054-4405278		

35%	LUMBOLOC 1 UNIT	83953	הנחה בקופה בלבד 025977 רשיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 06/11/2024 עד תאריך: 20/11/2024 מס מרשם - 1 17450205 ת. מרשם - 2 0611240004
	XXXXXX	1-O.P.	
	XXXXXX		
	XXXXXX		

מרחשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרחשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה

בידיעותי במידה וקיים פריט גרר, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גררית זהה שאפשרה על ידי הקופה

הפריטים ימכרו בגובה ההשתתפות המאפשרת לפריט ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף בכפוף לאישורים הסדרים

אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרחשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרחשם בנכונותי

ת.ז. וחתומה

תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רופא/מטפל: ד"ר ינוקא מיכאל	רשיון: 25977	טלפון: 09-9706111
תחום עיסוק: אורתופדיה	שד' לנצט יעקב 6 הרצליה	



ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:		צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278			

סיכום ביקור

ביקור ב - 07/11/2024 10:34 אצל ד"ר שצ'ירוב טרס , רפואת כאב מ.ר: 34034
ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - התיעצות אצל רופא מומחה

סיבת ביקור

- בן 33, תושב הרצליה , מנהל עבודה , נשואי ,
כאבים בגב התחתון , הקרנה לרגל ימנית פיזור L5 מזה 5 חודשים
MRI ע"ש: פריצת דיסק L5-S1 RT לחץ על S1 RT
טופל NSAIDS ROKACET
רקע : בריא בד"כ
רגישות : G6PD

סיכום : LOW BACK PAIN RT LEG RADICULAR PAIN LUMBAR DISCOPATHY
ממלי :

1. הזרקה ESI S NRB RT L5-S1
2. חיזוק שרירי הליבה - שחיה פילטיס
3. טיפול בקנביסא לפי נוהל 106 משהב .

אבחנות

- LOW BACK PAIN dorsal
- RADICULAR PAIN , RT

רופא/מטפל:	ד"ר שצ'ירוב טרס	רשיון:	34034
תחום עיסוק:	רפואת כאב	טלפון:	03-6941662
כתובת:	שפרינצק 15 תל אביב -		

-- רפואי אישי --



תאריך רישום: 23/12/2024
תאריך הדפסה: 23/12/2024

ת.ז:	1203014014	שם המבוטח:	רג'ואן רותם	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	19/06/1991
כתובת:	צבי מנדלבלט 00003 הרצליה	מיקוד:	46445	טלפון:	054-4405278				

סיכום ביקור

ביקור ב - 23/12/2024 17:56 אצל ד"ר גוטמן גבריאלי, אורתופדיה גב וע.שדרה מ.ר: 80571
ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

• 15/08/2022

סובל מכאבי גב תחתון ללא כאבים רדיקולרים. בריא.

בדיקה נוירולוגית תקינה למעט הפרעה בתחושה אדרמטומלי ברגל שמאל.

פיענוח MRI ע"ש מותני 14/06/2022: בלטים מינימליים L4-L5 ו L5-S1 עם לחץ קל על השק וללא לחץ על השורשים.

התחיל פיזיותרפיה עם שיפור מסויים.

אין מקום להתערבות ניתוחי בגבו.

יש להימנע מהרמה משאות כבדים - ישיבה ממושכת.

ייעוץ רופא תעסוקתי

28.8.24

מוכר לי מביקור קודם ב-2022. סבל מפריצות דיסק L4-L5 ו L5-S1 והכאב השתפר והיה במצב מאוזן עד לפני כחודש בחצי. מתאר אירועי של משיכה שלמסא כבד בעבודתו בתאריך 14.7.24 ומאז חש החמרה בכאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל ימין עכוז/ירך אחרי / סובך. המשיך לעבוד כחודשעדה 13/8 ונאלץ להפסיק עקב החמרה בכאבים. ללא הקרנה לרגל שמאל. שולט על סוגרים. בבדיקה: ליסט לשמאל. הגבלה קשה בכיפוף ישור הטייה ורוציה בגב תחתון. ללא כאבים במישוש ע"ש קו אמצע. כח גס תחושה החזרים שמורים בגפיים תחתנות. SLR חיובי מימין. פרקי ירכיים חופשים

CT ע"ש מותני 12.8.24: נראה פריצת דיסק L5-S1 ימני בהחמרה ביחס ל MRI מ 14.6.2022 מופנה ל MRI ע"ש מותני עדכני לצורך איפיון מיטבי של פריצת הדיסק L5-S1. מופנה ל SNRB פורמן S1 מימין במסגרת מרפאת כאב. פיזיותרפיה. אין להרים משאות כבדים. להימנע משיבה ממושכת וכיפוף קדמי עם הגב חופשת מחלה 3 שבועות.

16.9.24

מאז הביקור אחרון היה שיפור בכאבים ושוב פעם החמרה.

MRI ע"ש מותני 2.9.24: שיפור בפריצת דיסק L4-L5 ביחס MRI מ 2022. החמרה בפריצת דיסק L5-S1. כעת פריצת דיסק ימני L5-S1 אקוטית על כרוני מתאים לתלונותיו

קיבל הסבר על ממצאים ודרכי טיפול. בשלב זה ממשיך טיפול לא ניתוחי
אין להרים משאות כבדים. להימנע מכיפוף קדמי עם הגב וישיבה ממושכת.
מופנה להידרותרפיה

4.11.24

עדיין מדווח על כאבים לאורך רגל ימין. מתוכן לחזור לעבודתו. בעבודה יומית עובד פיזית. בהתייחס
לעמוד שדרה ובעקבות הפריצות דיסק, כעת אינו כשיר לעבודה מאומצת: עליה וירידה במדרגות -
עמידה ממושכת - הרמה משאות כבדים - כיפוף קדמי עם הגב
מותר לחזור לעבודתו אם תהיה אפשרות לעבודה משרדית בלבד. להימנע גם מישיבה ממושכת.
לאפשר לעשות הפסקות או לעבוד עם אפשרות לבצע שינוי תנוחה: שילוב של עמידה וישיבה.

23.12.24

חזר לעבודה חלקית

מוגבל בניידות עקב הכאבים. טווחים מוגבלים בכיפוף קדמי בעיקר.
כח גס שמור.

MRI ע"ש מותני 29.11.24: פריצת דיסק מראה כרוני L4-5. פריצת דיסק ימני L5-S1 ללא שינוי
מהותי מ MRI 9/024

להימנע מהרמה משאות כבדים פפעילות מאומת

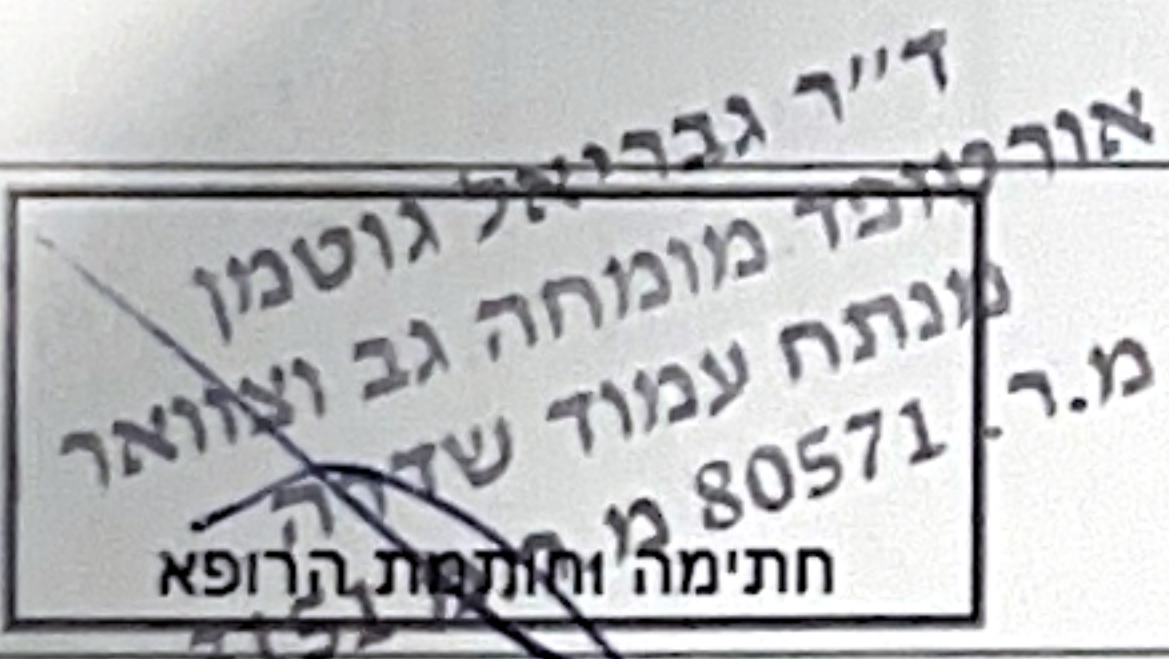
מופנה להידרותרפיה

אבחנות

- LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

הפניות למכונים

- הידרותרפיה

רופא/מטפל: ד"ר גוטמן גבריאל	רשיון: 80571		
תחום עיסוק: אורתופדיה גב וע.שדרה	טלפון:		
כתובת: רפפורט 3 כפר סבא			

www.meuhedet.co.il

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>רשומה</u>	<u>203014014</u>	<u>שם האב</u>
שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	שם האב
3	הרצליה	מיקוד	טלפון
מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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

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

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

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 31/12/2024 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, רותם רג'ואן
ת.ז. מס' 203014014, מרחוב צבי מנדלבלט 3, הרצליה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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 ענייני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם ענייני 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 31 לחודש 12 שנה 2024

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין