



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2025 23
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 4/9/23
הנפגעת: נופר נרדע, ת"ז 313265225

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לועדה.

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



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.

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
נרדע	נופר	3 1 3 2 6 4 2 2 5
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☐		1 7 1 0 1 9 9 5
נקבה ☒		שנה חודש יום
עיסוק		
שכיר ☒		
מתנדב ☐		
עצמאי ☐		

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
	רמלה	2		4	הרב ריינס
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
_____ @ _____		0 5 4 4 7 8 2 8 0 2			

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

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	0 4 / 0 9 / 2 0 2 3
פרטים על הפגיעה	שנה חודש יום
עת נהגתי רכב נכנס בי מאחור ונפגעתי בחזקה	

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות משטרת ישראל						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:						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל	☐		
שב"ס	☐		
משטרה	☐		
משמר הכנסת	☐		
משמר אזרחי	☐		
אחר	☐		
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון נייד מס' פקס			
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 _____ אספ הרופא _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____ אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מבוטח בקופ"ח _____ מכבי 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 הצוואר והגב	
הקרנת הכאבים לגפיים	
קושי בישיבה, עמידה וכריעה, קושי בהרמה ונשיאה	
קושי בצידוד והטיה, קשיי הירדמות ושינה לא רציפה וכאובה	

רצ"ב

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 דיגיטאלי (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

נופר ודור נרדע

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
יהב	אסף הרופא	137	47657

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 להחתימם 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 23.1.25 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 23.1.25 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 <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>9</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table>	0	4	0	9	2	0	2	3	יום		חודש		שנה				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td><td>6</td><td>5</td><td>2</td><td>2</td><td>5</td> </tr> </table>	3	1	3	2	6	5	2	2	5	קוד גמלה 11
0	4	0	9	2	0	2	3																				
יום		חודש		שנה																							
3	1	3	2	6	5	2	2	5																			
שם פרטי נופר	שם משפחה נרדע	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 23.1.25 חתימת המבוטח * 



דו"ח פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי 08.01.09 ; 09.04.01)

תאריך 11/3/24 :

פרטים אישיים

שם פרטי:	נופר	שם משפחה:	נרדע
מספר אישי:	01904169	דרגה:	רס"ר
מס ת.ז.:	313265225	גיל:	28
יחידת שרות:	יחידת משגרים משל"ט ת"א 10001355		
משרה:	72002417 מפעיל מוקד 100/רכבת קלה ת"א		
קבוצת עובדים:	עובד הארגון		
תת קב.עובדים:	שוטר		
כתובת מגורים:	הרב ריינס 4 רמלה ישראל		
טלפון נייד:	0544782802		

נתוני דיווח פציעה

תאריך פציעה:	04/09/2023
שעת פציעה:	15:45:00
סיבת פציעה:	תאונת דרכים

נסיבות הפציעה: בדרכי חזרה הביתה בניידת משטרתי בהיותי יושבת ליד כסא הנהג, רכב נכנס בנו מאחור בעוצמה.

אברי גוף שנפגעו

* במקרה של פגיעה בשיניים יש לצרף אישור מרופא שיניים על מהות הנזק עד 72 שעות משעת הפגיעה.

איברי גוף: גב, צוואר

עדים לארוע —

טלפון	כתובת	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	עדים לארוע
0507310943		ח'לול	ריאד	205827330	מתנדב

אשפוז

חבר קופת חולים: מכבי

תאונת דרכים

חובה לצרף טופס כתב המחאת זכות לחתימה

הצהרות חובה

☒ ידוע לי כי אם ישולמו לי החוזרים כספיים בגין הנצאות רפואיות הנובעות מפגיעה זו – אין בעצם התשלום

אסמכתא לכך שהפציעה היא פציעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה

סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בתפקיד. כן מובא בזאת לידיעתי כי אישור קצין

נפגעים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין מצוי וזכויות

כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

☒ הריני מתחייב בזאת כי במידה ואגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי, וימצא לנכון לקבל את תביעתי,

ולשום לי פגיעה בגין ימי מחלה שנעדרתי עקב חבלה בעבודה/ מחלת מקצוע, עלי להעביר התשלום

למשטרה, מאחר ומדובר בתשלום יתר, שכן משטרת ישראל משלמת לי שכר מלא על אותם ימים. במידה ולא

אעביר את תשלום היתר כמתבקש לעיל –ידוע לי כי יגבה הסכום על ידי החשבות, באמצעות ניכוי שכרי.

☒ בחתימתי זו, אני מאשר כי כל התנאים עליהם הצהרתי בבקשה זו הינם נכונים.

☒ הבנתי כי בשל הצהרה שאינה נכונה ומדויקת אני צפוי לטיפול משמעותי ואף לסיום העסקתי.



התייחסות המפקד - נסיבות פציעה

בדרך לעבודה/מעבודה

האירוע התרחש למיטב ידיעתי:

ממליץ לאשר את הדו"ח

המלצה:

פרטי המפקד

מלסאו חיים טקויה

שם פרטי ומשפחה:

01137611

מספר אישי:

תפקיד: סגן מפקד תחנה

דרגה: רב פקד

הערות:

התייחסות רווחה

פרטי קצין רווחה

שראל בן איאר

שם פרטי ומשפחה:

01912916

מספר אישי:

תפקיד: קצין נפגעים

דרגה: מפקח

מאושר

אישור/ממתין להשלמת מסמכים:

הערות ק' רווחה:

התייחסות מדור נפגעים – אישור/דחיית הפניה

פרטי קצין יחידת נפגעים

מורן אחדות

שם פרטי ומשפחה:

01905526

מספר אישי:

תפקיד: מש'ק אמ'ש

דרגה: רב סמל ראשון

החלטת מדור נפגעים: אישור

האירוע התרחש: בתפקיד

הערות חוליית נפגעים:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>313265225</u> שם משפחה	<u>7237902</u> שם פרטי	<u>054-4787802</u> שם האב	<u>7237902</u> תעודת זהות
<u>הרצ"ס</u> רחוב	<u>4</u> מס'	<u>רמלה</u> עיר	<u>מיקוד</u> מיקוד
<u>טלפון</u>			

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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 25.2.04 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל כהן
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עו"ד אריאל פרייברג
ת.ז.ח.פ. מס' 33265225, מרחוב היזר"ס 4, רמלה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 2 לחודש 8 שנה 2029

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עו"ד-דין



מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ת אחראי/ת: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

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

שם משפחה: נרדע	ת. לידה: 17/10/1995 גיל: 27
שם פרטי: נופר	ת. זהות: 313265225 מין: נקבה
כתובת: הרב ריינס 4/2 רמלה 7232902	מצב משפחתי: נשוי/אה 1
טלפון: 054-4782802	שם האב: ששון שם האם: זהבה
זמן קבלה: 19:09 04/09/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 19:20 04/09/2023	מספר מקרה: 12078321
זמן שחרור: 23:13 04/09/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
BACK CONTUSION	922.31			✓			
LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E929.0						

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיכום רפואי במלרד

בריאה עד כה

אלרגיה - ללא

שבוע 8 להריונה, תקין

פנתה למיון אחר שהייתה מעורבת בתד, נוסעת לצד הנהג, מנגנון חאורי. מהירות בינונית. יצאה לבד מרכבה. לא נחבלה בראש או בחשה. לא נפתחו כריות אור. שולטת על סגורים. כאבים בגב תחתון. שוללת חבלת בטן או דימום וגינאלי.

נינוחה, גב ללא רגישות גרמית או סימני חבלה.
הליכה תקינה, על אצבעות עוקבים. ללא ליסט או דרופ.
כוח שמור בגפיים תחתונות, החזרי פיקה ואכילס סימטרים.
ללא סימני UMN.
ללא הגבלה ברכינה לפני או הירפאקסטנציה של עמ"ש.
רגישות PS מותנית קלה.

המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

הוסבר כי לאור גיל ההריון ישנה זכנה בשילומים אולם בהיעדר רגישות גרמית או נירולוגיה, ישנה סבירות נמוכה לפגיעה גרמית. אינה מעוניינת בצילום במיון. מועברת להמשך טיפול במיון נשים - חשד להמטומה, ראה יעוץ מפורט. משוחררת אורטופדית.

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.7	88	112/77

המלצות בשחרור

המלצה: המלצות:

-שינוך כאב לפי הצורך בהתאם לבטיחות תרופות בהריון
-בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
-המשך מעקב רופא מטפל
-בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לבדיקה רפואית זמינה
חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' דניאל הדס מ.ר. 146378	רופא/ה מורשה/ת שחרור	04/09/2023 20:16

יעוצים

פרטי המבקש : דר' דניאל הדס מ.ר. 146378
תאריך : 20:57 04/09/2023
מחלקה מיעצת : נשים
הגדרת הבעיה : אחר תד, שבוע 8
השאלה ליועץ : משוחררת אורטופדית, הערכתך להמשך טיפול

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
-------------	-----------------	-------	----------	-------

בת 27, נ+1, ו.א 8.7, שבוע 8.2.
פנתה לאחר ת"ד לפני מס' שעות.
ללא פתיחת כריות אוויר. ללא כאבי בטן או דימום.
סוג דם +B

רקע רפואי:
בריאה בד"כ, ניתוחים-אבצס פילונידלי, תרופות-0,
רגישות-0, עישון-0, משפחה- ללא מחלות / תסמונות
ידועות, ללא היסטוריה של סרטן שד, שחלות או רחם.

רקע מיילדותי:
G2P1
VE*1 בשל חשד למצוקת עובר, משקל 2300 גרם.
G2
נכחי ספונטני.
סוגר אתמול - נצפה עובר עם דופק תואם שבוע.

רקע גניקולוגי:
מחזורים סדירים - 28/7

המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

יעוצים

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
PAP / HPV TYPING – תקין לפני כחודשיים-שלושה. חיסון נגד HPV - לא ביצעה. בבדיקתה - נינוחה, במצב כללי טוב, מדדים תקינים בטן רכה, ללא רגישות, ללא סימני גירוי צפקי PS: פות נרתיק וצוואר סדירים, ללא דימום או הפרשה חריגה PV: רחם קדמי, נייד, ללא רגישות בהנעת הצוואר, ללא רגישות אגנית. סונר: עובר עם דופק, CRL תואם שבוע 8.2, בסמוך לשק ממצא היפואקוגני ייתכן המטומה בגודל 13*7 מ"מ, שחלה ימנית 14*23 מ"מ, שחלה שמאלית 27*39 מ"מ עם ממצא שמתאים ל-CL בגודל 19 מ"מ, ממצא ציסטי צלול 14*17 מ"מ, ללא נוזל באגן. הערכה אורתופדית תקינה. לסיכום, לאחר ת"ד. הריון ויאבילי תואם שבוע. ממצא חשוד להמטומה כמתואר. סוג דם +RH מומלץ על מנוחה ואנלגטיקה עפ"י הצורך המשך מעקב הריון ורופא מטפל כולל מעקב אחר ממצא חשוד להמטומה				

תאריך: 05/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023685

דר' אברבך מארט
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9274111
פקס: 073-2132675
כתובת: שפירא 31 לוד

פרטי הנבדק:

שם פרטי: נופר	שם משפחה: נרדע
ת.ז.: 313265225	ת.לידה: 17/10/1995
טל.עבודה/נייד: 0544782802	מין: נ
מיקוד 7232902	כתובת: הרב ריינס 4/2, רמלה



0313265225

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2023 בשעה 10:41

תאריך הביקור: 05/10/2023

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים
מעקב מרפאתנו

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002534343681



015805



טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313265225

שם פרטי: נופר

שם משפחה: נרדע

טל.עבודה/נייד: 0544782802

0544782802

טלפון:

מין: נ

17/10/1995

ת.לידה:



0313265225

מיקוד 7232902

הרב ריינס 4/2, רמלה

כתובת:

אישור רפואי

מיועד ל: למקום העבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 17/08/2023 בשעה 12:00:34 מעקב הריון

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 19:12:19

בביקור בתאריך 24/09/2023 בשעה 11:01:30

בביקור בתאריך 16/10/2023 בשעה 12:33:02

• PREGNANCY NORMAL
15+w

אבחנות:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- RHINITIS ALLERGIC (11/2012)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS (10/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

- FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:

הערות: הרני לאשר שהנ"ל הייתה במנוחה מ 4.9.23 - 23.10.23 בעקבות תאונת דרכים

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

16/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

גיל: 28.3

שם רופא/ה: דר' אברבך מארט

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 36697761

תלונות: 130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים.
תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד"ע ב 040923 חבלה בגב תחתון
ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

04/09/2023

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה
בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023 רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא
ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN
			CERVICALGIA

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים.
המשך מעקב מרפאתנו.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

**פרטי הנבדק:**

ת.ז.: 313265225

שם פרטי: נופר**שם משפחה:** נרדע

טל.עבודה/נייד: 0544782802

0544782802

טלפון:**מין:** נ

17/10/1995

ת.לידה:

0313265225

מיקוד: 7232902

הרב ריינס 4/2, רמלה

כתובת:**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47
130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים. תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד"ע ב 040923 חבלה בגב תחתון ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52

ממשיכה כאבי צואר וגב תחתון.

מתקשה להרים.

מכבי טבעי - ללא הטבה ממושכת.

ממצאים: בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47

רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023
רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52

רגישות דיפוזית לאורךל עמ"ש.

הגבלה אנטגית בגב תחתון יישור/כיפוף

אין חסר נוירולוגי או סמני גירוי שורשי

• LOW BACK PAIN

• CERVICALGIA

אבחנה:

• POLYP GALLBLADDER (10/2018)

• HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)

• TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)

• LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

• FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:**מעשנת:** לא**סיבת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/10/2024 עד תאריך - 04/04/2025

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

06/10/2024

חתימה וחותמת**תאריך**

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשיך 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.

**פרטי הנבדק:**

ת.ז.: 313265225

שם פרטי: נופר**שם משפחה:** נרדע

טל.עבודה/נייד: 0544782802

0544782802

טלפון:**מין:** נ

17/10/1995

ת.לידה:

0313265225

מיקוד: 7232902

הרב ריינס 4/2, רמלה

כתובת:**מכון פיזיותרפיה**

תלונות: בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47
130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים. תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד"ע ב 040923 חבלה בגב תחתון ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52
ממשיכה כאבי צואר וגב תחתון.
מתקשה להרים.
מכבי טבעי - ללא הטבה ממושכת.

ממצאים: בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47
רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023
רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52
רגישות דיפוזית לאורךל עמ"ש.
הגבלה אנטגית בגב תחתון יישור/כיפוף
אין חסר נוירולוגי או סמני גירוי שורשי

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

אבחנה:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

- FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:**מעשנת:** לא**סיבת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/10/2024 עד תאריך - 04/04/2025

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

06/10/2024

חתימה וחותמת**תאריך**

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשיך 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.

תאריך: 5/01/2025
שעה: 13:30:19

שם: נרדע ת.ז.: 0 313265225 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/10/2025

בית חולים
מכון
מזל אליעזר
13
75653
טלפון: 03-7644444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250150125

היננו מאשרים כי נרדע נופר ת.ז.: 313265225
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 29
לשימוש המוסד נותן השרות :

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
313265225	250150125	05012025

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	מס	CPT	מס	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
01	0	72127	0	01	CT	עמוד שדרה צווארי	50601	5/01/2025	5/01/2025	1	1
01	0	72133	0	01	CT	עמוד שדרה מותני סקראל	72131	5/01/2025	5/01/2025	1	1

ישוב: רמלה
מאתם שרות: מרכז רפואי: רמלה
שד' ויצמן 11
טל: 0089275858

התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

נספח להתחייבות מספר 250150125:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.
מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות.
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.
אתר אסותא מרכזים לזימון תורים: [HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)
ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החייל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה מבוצעת באחת משלוחות אלה.
בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"



0040576076



115660



קוד הפניה: 413560161

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313265225

שם פרטי: נופר

שם משפחה: נרדע

טל.עבודה/נייד: 0544782802

0544782802

טלפון:

מין: נ

17/10/1995

ת.לידה:



0313265225

מיקוד 7232902

הרב ריינס 4/2, רמלה

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47
130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים. תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה
ת"ד"ע ב 040923 חבלה בגב תחתון ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52

ממשיכה כאבי צואר וגב תחתון.

מתקשה להרים.

מכבי טבעי - ללא הטבה ממושכת.

בביקור בתאריך 05/01/2025 בשעה 13:28:00

ממשיכה לסבול מכאבים

תור רחוק לפיזיותרפיה.

כאב לילי

ממצאים:

בביקור בתאריך 12/02/2024 בשעה 11:34:47
רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ - ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023 רגישות
והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52

רגישות דיפוזית לאורךל עמ"ש.

הגבלה אנטגית בגב תחתון יישורלכיפוף

אין חסר נוירולוגי או סמני גירוי שורשי

בביקור בתאריך 05/01/2025 בשעה 13:28:00

תור טלפוני

הערכה:

בביקור בתאריך 06/10/2024 בשעה 10:10:52

, כאב אופייני אחרי תאונת דרכים בשילוב עם תלונות רבות אחרות.

התלונות משתנות, ועלויותללוות לזמן ממושך

רצוי להתחיל בפעילות גופנית מתונה וקבועה - תרגילי חיזוק וגמישות. פעילות אירובית קלה.

הדרכה וליווי עם צוות פיזיותרפיה.

רפואה משלימה

משככי כאבים לפי הצורך.

ביקורת בהחמרה

בביקור בתאריך 05/01/2025 בשעה 13:28:00

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA



0040576076



115660



קוד הפניה: 413560161

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313265225

שם פרטי: נופר

שם משפחה: נרדע

טל.עבודה/נייד: 0544782802

0544782802

טלפון:

מין: נ

17/10/1995

ת.לידה:



0313265225

מיקוד 7232902

הרב ריינס 4/2, רמלה

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

בעיות ידועות:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

תרופות קבועות:

FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה צווארי
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

שינויים ניוונים?

פירוט	מידע נוסף
לא / לא ידוע	הריון

בדיקת מעבדה	תוצאה	לפני	תאריך ביצוע
Creatinine (B)	0.75	7 חודשים	02/06/2024
eGFR	108	7 חודשים	02/06/2024

שם הרופא: עמיחי רוזנצוויג

תאריך: 05/01/2025

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/01/2025 עד תאריך - 04/07/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **