



תאריך קבלת הטיפול בקופה

תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לך לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד	מספר תיק במוסד	מספר טלפון
	9	0
רחוב	מספר בית	יישוב
מספר פקס	מיקוד	
0		

לכבוד

קופת חולים / בית חולים מכבי שירותי בריאות

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	דרכון
אבדורכמנוב	סבטלנה	נקב	317636140	0

רחוב	מספר ביון	כניסה	זירה	יישוב	מיקוד
הורד	10		24	אור יהודה	6035259
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מס' תא דואר	דואר נע		
03-6343883		054-7258983			

שנפגע בתאריך 14/8/24 בשעה 15:30 כאשר עבד ב חברת אלקטרה
סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר

כתובת מקום התאונה: אוסטריה - וינה

תאור התאונה: הקספת חירמת אסטריה אפרק המאה

בזמן שלפת הנויה אספ קצת זמן בניה חק ובתחום אלקטרה
האבר שנפגע היבר כ"ס

☐ הנפגע חבר בקופת חולים אלבי

שם קופת חולים

☐ עובד זר

טי אנד אם
שירותי ניקיון בע"מ
510508633

חתימה וחותמת המפעל

תפקידו במפעל

שם המאשר

[illegible]

חדר מ'יו

סוג מ'ין: טראומה

תלונות: בת 70

בת 70
חבלה בגב וזכר
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להערכ NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

טיפולי אחרות

7171

טיפול אחות

- CONTUSION

אבתה:

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות: 11/06/2009 - סח -
 - 21/08/2017 - לא ידוע
 - 20/03/2019 - לא ידוע
 - 26/02/2020 - לא ידוע

תאריך: 15/06/2024

מ.ר. גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות

מיקוד רחמנה רחוקה

ד"ר אפרים בן

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

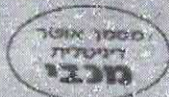


0060428091



129979

קוד הפניה: 392369691



ס/מק 03-7178253

פקס

כתובת: אלון יגאל 95 תל אביב - יפו

פרטי הנדק

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל. עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 036343883

מ.י.נ.

30/06/1954

ת.לידה:

מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

חדר מיון

• OPTI-SAFE MAX 2 120 2X1X30

תרופות קבועות:

מעשלת: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך: סיטי עמוד שדרה מותני

" הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה "

תוקף הפניה זו לתאריך 16/08/2024 בשעה 21:21

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

15/08/2024

חתימה וחותמת

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חבר מכבי, יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון הדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות

תאריך: 15/08/2024

ס.ר. גורם מפנה



129979

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר אפרים בן

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 3555

פקס: 03-7172253

כתובת: אלון גאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמן

שם פרטי: סבטלנה

ת.ז.: 317636140

טל.עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 30/06/1954

כתובת: הורד 10/24, אור יהודה



0317636140

מיקוד 6035259

מכתב שחרור

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
15/08/2024	20:28	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
15/08/2024	20:28	מיון ראשוני - TRIAGE		
15/08/2024	20:28	הכוונה לגורם מטפל אחר		
15/08/2024	20:29	מתן תרופות OTC ללא הוראת רופא		רופא פנימי רופא טראומה אופטלגין 1 גר

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT), אגן ירכיים 1 צילום (AP שכיבה), פרק ירך ימין 2 צילומים (אלכסון+AP)
חדר מיון

אבחנה:

• CONTUSION

ד"ר אפרים בן

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



שם מלא: אבדורכמנב סבטלנה 317636140

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
16/08/2024 01:37	דר' נשר גלעד מ.ר. 177678	נגד כאבים לפי צורך הליכה לפי סף כאב מעקב רופא מטפל בכל מקרה של החמרה יש לגשת לבדיקת רופא במיון	

נחתם ע"י: דר' נשר גלעד מ.ר. 177678

חתימה:

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

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

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

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

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

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

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

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

תאריך: 18/08/2024

חברת גור אפנה



092913



קוד הפניה: 392634726

טלפון: 03-5397222

פקס: 03-5264110

כתובת: אפורה 1, אור יהודה

גרסקי אולג
יו"ר פנימית וכללית
מחוזות
הברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל. עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		



0317636140

התייעצות מומחה

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/08/2024 עד תאריך - 14/02/2025

18/08/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מסמך
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול
מסלול

תאריך: 18/08/2024

מ.ר גו'ס מפנה



092913

קוד הפניה: 392634726

מכבי שירותי בריאות



טלפון: 09-5337222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופרת 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10
בת 70
בריאה בד"כ
חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.
ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידיית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18
נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג
הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10
בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18
ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

אבחנה:

• TRAUMA ACCIDENTAL

מעשנות: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות: 11/06/2009 - no

21/08/2017 - לא ידוע

20/03/2019 - לא ידוע

26/02/2020 - לא ידוע

תרופות קבועות:

• OPTI-SAFE MAX 2 120 2X1X30

מטרת הרפיה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

תאריך: 25/08/2024

מכבי שירותי בריאות

תר גורם מפנה



092913



טלפון: 03-5367222

פקס: 073-2254146

כתובת: אופנה 1, ארץ יהודה

ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לדה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל. עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: חורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		



0317636140

תאונת עבודה

במשך: 18 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 04/09/2024 (בכלל)

25/08/2024

חתימה וחוממת הרופא

תאריך הבדיקה

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

15/09/2024 11:55: יאופס כתאריך:
הודפס ע"י: ד"ר רגולין דמיטר
15/09/2024 11:48:39: רישום מוזאריך:

רישום ביקור
אבחון סבטלנה: ת.ז. 36140 גיל: 70

70.2

גיל

שם רופא/ה: ד"ר רגולין דמיטר
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית
רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

18307284

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 10:37
בת 70

חבלה בגב ובירך
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להעריך NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב עצירה פתאומית,
נפגעה בפלג גוף ימני.
מתלוננת על כאבים באגן מימין. כאבים במפשעה מימין.

14/08/2024

דמיטר תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
רגישות פראורטברלית ע"ש מותני
ROM מוגבל אנטלגית
טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים,
לסג שלילי
ללא קיפוח עצבי

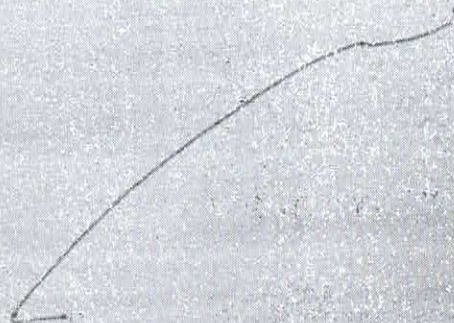
דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
CONTUSION			
מכון פיזיותרפיה	בדיקות/הפניות	הערות	
		בתוקף עד - 14/03/2025	

המלצות למטופל:
- הליכה לפי יכולת/כאב
- משככי כאבים לפי הצורך
- פיזיותרפיה
- המשך מעקב אצל אורטופד לפי הצורך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



גיל 70.2

שם רופא/ה: ד"ר רגולין דמיטרי
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

8307284

מספר ביקור

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:37:16
בת 70

חבלה בגב ובירך
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להערכ NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב עצירה פתאומית,
נפגעה בפלג גוף ימני.
מתלוננת על כאבים באגן מימין. כאבים במפשעה מימין.

14/08/2024

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
רגישות פראוורטברלית ע"ש מותני,
ROM מוגבל אנטלגית
טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים,
לסג שלילי
ללא קיפוח עצבי

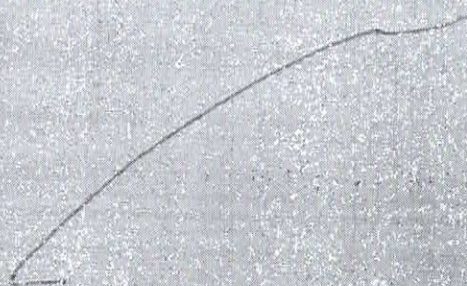
דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
CONTUSION			
מכון פיזיותרפיה	בדיקות/הפניות	הערות	
		14/03/2025 עד - בותקף עד	

המלצות למטופל:
- הליכה לפי יכולת/כאב
- משככי כאבים לפי הצורך
- פיזיותרפיה
- המשך מעקב אצל אורטופד לפי הצורך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



תאריך: 15/09/2024

מ.ר. גורם מפנה



112189

קוד הפניה: 396607877

מכבי טרנזיט ביטוח



טלפון: 052-232488

פקס: 052-232488

כתובת: בר לב חיים 10, אור יהודה

ד"ר רגולין דמיטר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לדה: 30/06/1954	טלפון: 036343883	טל. עבודה/נייד: 0547258983	מיקוד: 6035259
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	0317636140		

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/09/2024 עד תאריך - 14/03/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

15/09/2024

תאריך

חתימה וחזותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול החשך 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 שרשם הגעה לטיפול.

ד"ר משה ינקו
אונטפוד מומחה - מנתח

23

1123-3333

כתאריך 15/08/2024 ג'שנ"ה 16

70 R2

חבלה בגב וזרן
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להערך NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

בבוקר בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב ציצית פחאומית
ונפעה בפלג גוף ימני.

מחלונת על נאבים באגן מימין נאבים בממשלה מימין
 בריקור במאמר 11/12/2024

בבית דין בתאריך 14/12/2024 בשעה 18:28!
רפואי אנמיה, אוסטאופניה, גיטטר, אוסטאוארטריטיס
ללא רגישות או אלרגיה תרופתית.
ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.
מצינת כאבים בגב התחתון מימין ולעבר הידן השמאלית כ-4 חודשים מאז נצלה באוטובוס
לדבריה, ללא חוסר עיצבי או רדיקולופטיה, ללא כאב תסרה.
כעת תחת פיזיותרפיה.

גורם משלם: 5 תאונות דרכים

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

רגישות פראאורטורלית ע"ש מותני
ROM מוגבל אנטלוגית
טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים
לסג שלייל
ללא קיפוח עצבי

בבוקר בתאריך 11/12/2024 בשעה 16:18:28

במצב כללי טוב: ניוד איטי, זהיר אך שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצוב/תפקודי גם, בדיקת עמידה - ישיבה - קימה - טווחים, ב.מ.פ. ניוד / הפעלות כפיפות ברך- דו'צ' בעמידה, ניוד בהונות ועקבים 5/5 דו'צ'.

בדיקת העמ'ש המותני: האגן/מפרקי הירכיים - בסריקה של ההליכה לגבי צליעה או הרפית מומנט, "טרנדלנבורג" דו'צ' נשיאת משקל על כל מפרק, טווחים אקטיביים ופסיביים; פלקשן קונטראקשן, SLJ, טירולוגיה של הגפיים התחתונות (מוטורית / סנסורית / SLR); כולל הרקמות הרכות סביב המפרק לרבות המפשעה האינרגואינלית; הגידים האדוקטוריים והבורסה הטרוכנטרית; איתור של כאבים באזורי שרירי הגלואטאוסים מימין, כאב מוסקוטלרי ללא הגעה לאזורי גרם / עצם, כאב גם על ה GT מימין כבורסטיס טרוכנטרית, ללא כאב ספינאלי / אקסיאלי

דיין ואבחנה מבדלת:

בב'קור בתאריך 11/12/2024 בשעה 16:18:28

על פי המסתמן כעת, הכאב העיקרי נובע מתהליך דלקתי של הרקמות הרכות - לרבות השרירים. כאב משמעותי מגוריו/לחץ עיצבי או ניוון/שחיקה של חוליות עמוד השדרה - בסבירות משנית בלבד. הטיפול כולל שני שלבים. הראשון: מנוחה והמנעות ממאמצים פיזיים עד לשיפור משמעותי בדלקת/כאב. ושלב שני - השתלבות בפעילות ספורט.

תאריך: 11/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מס' דו"ח: 028143



028143



ד"ר יעקב משה
כירורגית אורתופדית
התמחויות:
פגמיות כירורגיה אורתופדית

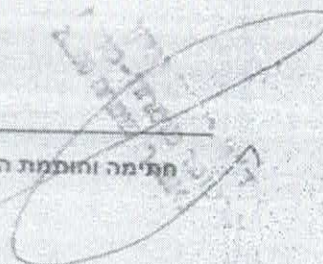
מס' תיק: 111-111-111
כקמ: 0304193
כתובת: רחובות 30 קריית אונ' (קומה 3)

פרטי הנבדק	שם משפחה: אברורמנוב	שם פרטי: סבסלנה	ת.ז.: 317636140
ת.ל.ו.ה:	30/06/1954	מין: ז	טלפון: 035343893
כתובת:	הוד 10/24 אור יהודה	מיקוד: 6035259	טל. עבודה/נייד: 0547259983
0317636140			

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורסת בו שומה הרפואית.

איונה מסגולות לעבוד מיום: 12/12/2024 עד יום: 17/12/2024 פה"כ: 6 ימים.


חתימה וחוממת הרופא

11/12/2024

תאריך

תאריך: 01/01/2025

מ.ר גורם מפנה



מנבי שינוע בי"א אור

ד"ר פרסוקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6527220

פקס: 03-2284246

כתובת: אומיר 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל. עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:



0317636140

מיקוד: 6035259

הורד: 10/24, אור יהודה

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 15/01/2025 עד יום: 20/01/2025 פה"כ: 6 ימים.

16/01/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

ד"ר פרסוקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר. 52913 מ.ר. 30593

תאריך: 29/01/2025

מ.ר. גורם חפנה



טלפון: 03-5830910
פקס: 073-2284247
כתובת: אזור יהודה

פרטי הנבדק:



שם משפחה: אבדורכמנוב

ת.לידה: 30/08/1954

כתובת:

הודר 10/24, אזור יהודה

סיום טיפול

שם פרטי: סבטלנה

טלפון: 036343883

ת.ז.: 317636140

טל.עבודה/נייד: 0547258983

מיקוד: 6035259

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פזיותרפיסט: זוהר דנה

שם המכון: אור יהודה מכון פזיותרפיה

תאריך: 13/02/2025

מרכז שירותי בריאות

מ.ר. גרים מפנה



פדידה בנימין
פירורגיה אורתופדית

התמחויות

מומחה לפירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420633775

כתובת: דרך י"א סנטר, ירושלים
תל אביב

פרטי הנבדק	שם משפחה: אבדורכמן	שם פרטי: טבולה	ת.ז.: 317636140
ת.ל.ד:	30/06/1964	ג.ל.ד:	035343883
מס. עבודה/אידי:	0547258983	מיקוד:	6035259
כתובת:	הדרך 10, תל אביב	מס. תל.ד:	0317636140

מכון פיזיותרפיה

תלונות: הפניה ליעוץ מתאריך 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מסרת הפניה: חוות דעת והמלצות ל המשך בירור/טיפול בתורה

אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים: כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לא חסר כוח גם רגליים

SLR שליליים

נבחנה:

• PAIN GENERALIZED

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

עצות ידועות:

אזיות: 11/06/2009 - no
21/08/2017 - לא ידוע
20/03/2019 - לא ידוע
26/02/2020 - לא ידוע

לח: לא

ההפניה: שמירת ההליכה

תאריך: 13/02/2025

מ.ר. גורם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633645



מרכז שירותי בריאות

התאריך: 13/02/2025

כשם: ד"ר דניאל וואסילי, יהוד-מונטון (קיסיה)

ד"ר פדורה בנימין

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמן	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לדה: 30/05/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל. עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

הפניה ליעוץ מתאריך: 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעת והמלצות להמשך בירור/טיפול, בתודה.

אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדוחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 16:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סטי אגן, ע"ש - ללא ממצא הריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה מירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר מירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים:

כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לא חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

אבחנה:

• PAIN GENERALIZED

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

תאריך: 13/02/2025

מ.ר. גורם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633912



מכבי שירותי בריאות

ד"ר מדידה בנימין
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

ת.ז.: 317636140

טל. עבודה/נייד: 0547258983

מיקוד: 6035259

שם מרשם: סבסלנה

טלפון: 036313883

שם משפחה: אבדורכמן

ת.לדה: 30/06/1954

מין: -

הורד: 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

מכון איזוטופים - SPECT מיפוי עצמות

תלונות: הפניה ליעוץ מתאריך 18/08/2024
רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג
התמחות: משפחה
מסרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בחזרה
אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10
בת 70
בריאה בד"כ
הבלת ראש - מדווחת כי מעדה.
ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18
נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג
הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי
ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10
בדיקה סירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18
ללא חסר נוירולוגי, המטומה לא TENSE. באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025
מתלוננת על המשך כאבים
עובדת נקיין

ממצאים: כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון
רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין
ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט
לא חסר כוח גס רגליים
SLR שליליים

אבחנה:

בעיות ידועות:

• PAIN GENERALIZED

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות: 11/06/2009 - no -
21/08/2017 - לא ידוע -
20/03/2019 - לא ידוע -
26/02/2020 - לא ידוע -

הבריקה הדרושה

SPECT מיפוי עצמות

פירוט

78320.00.00

תאריך: 13/02/2025

מ.ר. גרם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633695



כחובות: חוד לית משה 3 יחוד-מומסן
(1 יממה 3)

מדינת ישראל
רשות המבחן

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמניב

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

ת.לדה: 30/08/1954

טל. עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 026343883

מין:

הורד: 10/24, אור יהודה

כתובת:

מיקוד: 6035259



0317636140

מכון רנטגן

13/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 13/02/2025

מ.ר. גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633695



כתובת: דרך זיין נמלה 3, יהוד-מונטון (תל אביב)

ד"ר פדידה בנימין

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק	שם משפחה: אבוורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לדה: 30/06/1954	מ.י.נ.: 036343883	טל. עבודה/נייד: 0547258983	מיקוד: 6035259
כתובת: הורד 10/24, אשד יהודה	0317636140		

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה המדרושה
2190	אגן ירכיים 2 צילומים (AP+FROG)
3563	שתי ברכיים 4 מנחים SKY VIEW TUNNEL VIEW LAT Ap

שאלה למבצע הבדיקה: בירור מבני גרמי

דחיפות הפעמח: רגיל

תלונות:

הפניה לייעוץ מתאריך 18/08/2024

רופא מפנה ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מסרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך ביהירות פול בתודה.

אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיין שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיין עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, יד ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים:

כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים 5.0.130 / ללא תפליס

ללא חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

אבחנה:

בעיות ידועות:

• PAIN GENERALIZED

• FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)

• GOITER UNS (02/2020)

• OSTEOPENIA (05/2022)

• ANEMIA (08/2023)

• OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)

• NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE

• COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017

• STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

לא

מעשית:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 13/02/2025 עד תאריך 12/08/2025

מספר: 13022025

מספר זיהוי



145313



מספר זיהוי: 10/02/2025

מספר זיהוי: 10/02/2025

מספר זיהוי: 10/02/2025

ד"ר פרידה בנמין
כירורגיה אורתופדית

התמחויות

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמן

שם פרטי: סבטילנה

ת.ז.: 317536140

ת.ל.ד.: 10/06/1954

מין: נ

טלפון: 025343483

טל. עבודה/לייד: 0547258983

כתובת:

הוד 10/24, אור לילה

מיקוד: 6035259



0317636140

אישור מתן

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

מה"כ: 16 ימים

28/02/2024

עד יום:

13/02/2024

איננה מסוגלת לעבוד מיום:

13/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חטיבת ויטלומי תביעות - גוף חובה

תאריך:	ה תשרי תשפ"ה
תאריך:	07/10/2024
טלפון:	03-7569651
פקס:	03-7569580
מבלי:	לפגוע בזכויות
מבלי:	להודות בחבוב ובכיסוי הביטוחי
מבלי:	לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
גב' אבגורכמנוב סבטלנה
הורד 10
אור יהודה 6035259

ג.א.ב./ח.ב.,

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מנועי, פוליסה מס' 26237329324
תביעה מס' 2006002402755 אירוע מיום 14/08/2024
ע"ש המבוטח מטרופולין-תחבורה ציבורית בע"מ
התובע: אבגורכמנוב סבטלנה

בהמשך לבקשתך שבנדון ובהמשך לשיחתנו הטלפונית.

עם סיום הטיפול הרפואי וגירוש הנזק, נא להעביר דרישת סילוק בצירוף תיעוד עדכני.
בכל פנייה יש לציין מס' תביעתנו כמפורט לעיל.

הערה: תקופת התיישנות התביעה הינה 7 שנים מתאריך אירוע הנזק בכפוף להוראות חוק ההתיישנות. אם התובע הינו קטין, מתיישנת התביעה בחלוף 7 שנים מיום שמלאו לו 18 שנה. מסירת תביעה/העברתה לטיפולינו ומהלך הטיפול אינם עוצרים את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את תקופת ההתיישנות. מועד האירוע המצוין לעיל הינו על בסיס המידע והמסמכים המצויים בידנו נכון למועד הוצאת מכתב זה.

בכבוד רב,
מיכל וייס
מחלקת תביעות גוף חובה