



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

30 אפריל 2025
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 9/9/24
הנפגעת: הודיה חג'מי, ת"ז 313289282

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

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

עמוד 1 מתוך 5

282892313

נא למלא מספר תעודת זהות



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

1

פרטי התובע

שם משפחה

חנני

שם פרטי

הוקיה

מספר זהות
ס"ב

313289282

תאריך לידה

05031995
שנה חודש יום

עיסוק

☒ שכיר

☐ זכר

☐ מתנדב ☐ עצמאי

☒ נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

הוש 215

מס' בית

8

דירה

ישוב

אור יהודה

מיקוד

6020808

דואר אלקטרוני:

hodaqaz@cloud.com

טלפון קווי

0509807172

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

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

שם פרטי של איש קשר

שם משפחה של איש קשר

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

09092024
שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה: חציתי מחלוקה, היה מי שהצניח יעלותי, כעונא הענייה עלתה עלתה

נכח יעקב אור

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות				שם, טלפון וכתובת מקום העבודה			
רחוב/תא דואר				עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק			
מס' בית				מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות			
דירה							
כניסה							
מיקוד				טלפון			
יישוב				0733388251			
רחוב/תא דואר				אלר יהוא			
מס' בית				22			
דירה							
כניסה							
מיקוד							
יישוב				אלר יהוא			
רחוב/תא דואר				החנה			
מס' בית				מלואה מסלול			
דירה							
כניסה							
מיקוד							
יישוב							

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות				טלפון קווי			
צה"ל							
שב"ס							
משטרה							
משמר הכנסת							
משמר אזרחי							
אחר							
רחוב/תא דואר				טלפון נייד			
מס' בית							
דירה							
כניסה							
מיקוד							
יישוב							
רחוב/תא דואר				מס' פקס			
מס' בית							
דירה							
כניסה							
מיקוד							
יישוב							

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 _____			
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____			
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.			
אני מבוטח בקופ"ח _____ מכרז			
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:			
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה	
ד"ר שניאור זוריס	טראומטולוגיה	ימאל אלון 66 סל זור'2	
ד"ר זן אל אופיר	כירורגיה גורמנט	הצורבן ד, פריימ אורי	
ד"ר פריסל אולל	שבחה, פניימולוגיה	אופייב מ אורי יהודה	
ד"ר אדינתק	כימיה מדעית	דן אהרון 82 גזמ"מ	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
חולית זרוע, מוקטנת וכלי יציבה	ר"ג
הגולות חלשות זרוע גמלה	תיעוד רפואי
רשימת נגזרים זרוע/גמלה	
פגמים כאלה זרוע	

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

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?
☐ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
 שם המעביד וכתובתו _____
 תאריך החזרה לעבודה _____
☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה צנן סוללת הכתמים והזרוע זרוע
 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 ממשד הביטחון?
☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____
 האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי 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 מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה
 אחר _____
 אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
 הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברוחה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
 בל/73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
 שם גורם מסייע חנן אריאל כ"ח כתובת רחוב חנן טלפון 037412358

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		הוצ'ה ת"א	
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	קרית יואל, סניף 2	843	59871/00
☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבון הפרטי			

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

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי 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 מושגי 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 8.5.25 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

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 בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

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

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

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 8.5.25 חתימת התובע * _____

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 להתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 313289282	תאריך הפגיעה שנה: 2024 חודש: 09 יום: 09
שם משפחה חנני	שם פרטי הוביה	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י 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.

8.5.25

חתימת המבוטח *

תאריך

תאריך: 10/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913

קוד הפניה: 395934975



טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מ.י.נ:	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	0313289282	

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון:

תלונות: אתמול נפלה עם חבלת ברך, שוק שמאל, כף יד שמאל

ממצאים: פצע עם גלד המורגי מעל פטלה רגל שמאל, המטומה עם רגישות ניכרת באספקט לטרלי - קידמי של שור, רגישות ללא סימני חבלה וטנאר-היפוטנאר.

• TRAUMA ACCIDENTAL

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

מעשלת: כן

מופנה לצורך:

בדיקה ע"י אורתופד, בתווה מראש

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 11/09/2024 בשעה 11:10

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

10/09/2024

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



0328820964



092913



קוד הפניה: 396735871

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אפירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון:

תלונות: אמש עברה הורדת גבס, מאז החמרה של כאבים, לא מסוגרלת לדרוך על הרגל, מופנת ליעוץ אורתופד טראומה

• TRAUMA ACCIDENTAL

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשנות: כן

מופנה לצורך:

טיפולכם

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 16/09/2024 בשעה 19:37

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

15/09/2024

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך: 15/09/2024

מ.ר. גורם מפנה



165114



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר מיזליס בוריס

טראומטולוגיה

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכתב שחרור

15/09/2024

תאריך:

שעת קבלה: 22:16

שעת שחרור: 22:39

סיבת הפניה:

חבלה סיבבית ברך שמאל

אבחנות פעילות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

ממצאים:

לפני שבוע נפלה מונארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד-
שוחזרה עם קיבוע אנטלגי.
כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד-
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לוארוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכון כאב
- ביקורת אורתופד בקופח
- הנדסת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

אבחנה:

• CONTUSION

טיפולים:

POP-Entire Lower limb ADULT X 1
POP leg removal X 1

ד"ר מיזליס בוריס

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.

תאריך: 15/09/2024

מ.ר גורם מפנה



165114



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר מידליס בוריס

טראומטולוגיה

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מ.י.נ:	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הזז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		



0313289282

מכתב שחרור

מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

פרטי רופא

מס ביקור



000290842388

שם רופא: ד"ר בן גל אופיר
 מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית
 טלפון: 03-5560600

סמך חתום
דיגיטלי

מכבי

פרטי מטופל

ד"ר



0313289282

שם מטופל: חגית הודיה
 ת"ד: 313289282
 מין: נ
 גיל: 29 שנים ו-7 חודשים
 טלפון: 0509807172, 035333954

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/10/2024 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	מספר כדורים	לפי השינה	בתוקף לרישום	מידע מנהלי
שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	מספר כדורים	לפי השינה	בתוקף לרישום	מידע מנהלי
lab. piroxicam 20 mg * BREXIN	לבלוע 1 טבלית 1 פעם ביום	10 ימים	1 טבלית	לפני השינה	בתוקף לרישום	מידע מנהלי
כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB	כמות ליפוף: 10 TAB
השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %	השתתפות עצמית: 15 %

ידוע לי שמרשם הרקוח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי חוכמת הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים שבתוקף ביום הטיפול. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור לדיעבד. מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית נופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדרושות מרשם נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

המרכז הרפואי "ע"ש ת"ש
 ד"ר אופיר בן גל
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 ואורחולוגיה
 41237 מ"מ, 127187 מ"מ

תאריך: 09/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



041237



ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 400283258

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס' ביקור



000290842388

• CONTUSION

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 09/10/2024 (דף זה אינו מרשם)

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאפיין	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם	כן
ברכייה עם טבעת סיליקון (ללא צורך בהפניה) - שמאל	1	1	96558			

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 07/01/2025

09/10/2024

חתימה וחוקת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מזכרים, שהינם מבוסחי שב"י וכולו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

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

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם ההפניה. המרכז הרפואי ע"ש ד"ר אופיר בן גל מומחה לכירורגיה אורתופדית ואורתופדיה אנקלוגית מ.ר. 127187 מ.ר.מ. 41237

תאריך: 27/10/2024

מ.ר. גרם מפנה

מכבי שירותי בריאות



0328820964



092913

קוד הפניה: 402225224



טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לדה:	05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954
כתובת:	הוז דב 8, אור יהודה	טל. עבודה/נייד: 0509807172	מיקוד: 6020808
			קוד: 6863

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

ברך שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: אטחרי אירוע טראומתי, במעקב אורתופדי, בנהנתאם לבקשתו - US

תלונות: צינן, שיעול, חולה במשך 4 ימים
ללא חום

ממצאים: אקספיריום מאורך, צפצופים בודדים, דריפ פוסטנזלי

אבחנה:

בעיות ידועות:

• ASTHMATIC BRONCHITIS

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים 3555*, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

27/10/2024

תאריך

חתימה וחוקתמת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/10/2024 עד תאריך - 25/04/2025

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: 30/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0034906438



041237



קוד הפניה: 402954299

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954	מיון: נ	ת.לידה: 05/03/1995
מיקוד: 6020808	הוז דב 8, אור יהודה	כתובת:	0313289282

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד	ברך שמאל
6863		

שאלה למבצע הבדיקה: שינויים ניוונים

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

ממצאים:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד-
שוחררה עם קיבוע אנטלגי.
נעת נשלחה עי חפא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד-
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לוארוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכון כאב
- ביקורת אורתופד בקופח
- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

ישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

• CONTUSION

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

אבחנה:

בעיות ידועות:

תאריך: 30/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0034906438



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 402954299

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

US איברים

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

30/10/2024

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/10/2024 עד תאריך - 28/04/2025

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: 05/11/2024

מ.ר. גורם מפנה



092913



מכבי שירותי בריאות

ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ל.ידה: 05/03/1995	מ.י.ן: כ	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	ת.ז.: 313289282	מיקוד: 6020808

תאונת עבודה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
גדעון	שכיר	כ	עירית אור יהודה	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
09/09/2024	14:45	בזמן עבודה		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
ברך	פרסקי	10/09/2024		

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

בביקור בתאריך 10/09/2024 בשעה 11:03:35
אתמול נפלה עם חבלת ברך, שוק שמאל, כף יד שמאל

בביקור בתאריך 05/11/2024 בשעה 12:06:56
ממשיכה מעקב אורתופדי לאחר שנבדקה במוקד טראומה.
לציין אירוע במסגרת עבודה.
כעת עם טופס 250
עברה S - US בברך שמאל

בדיקה מכוונת - לברך שמאל
גיד קוודריצפס - נצפה תקין והמשכי.
גיד פטלרי - נצפה תקין והמשכי.
הרטינקולים של הפיקות נצפו תקינים.
LCL - נצפתה תקינה והמשכית.
MCL - נצפתה תקינה והמשכית.
אזור המניסקוס המדיאלי נצפה תקין
גם CLEFT במניסקוס לטרלי, מעיד על קרע.
נא לקורלציה קלינית
בורסה סופראפטלרית - אין עדות לנזל.
בורסה פטלרית - אין עדות לנזל.
PES ANSERINUS - אין נזל תוך פרקי.
איזור פופליטאלי - אין עדות לציסטת ע"ש בייקר.

ב27/11 - תור לאותופד.

עד לביקורת חופש

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 10/09/2024 בשעה 11:03:35
פצע עם גלד המורגי מעל פטלה רגל שמאל, המטומה עם רגישות ניכרת באספקט לטרלי-קידמי של שור, רגישות ללא סימני חבלה וטנאר-היפוטנאר.

בביקור בתאריך 05/11/2024 בשעה 12:06:56

תאריך: 05/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



092913



ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תאונת עבודה

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

עד יום: 27/11/2024 (בכלל)

05/11/2024

ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר 92913, 0593/8

חתימה וחותמת 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.
--------	--

פרטי חפץ

מס ביקור

000293281974

073-2284246 פקס:

שם חפץ:

ד"ר פרסקי אולג

מומחיות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון:

03-5387222



פרטי מטופל

ת"ז

0313289282

מ"ן: 1

שם מטופל: חגית חודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 29 שנים - 8 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

מכבי שירותי בריאות

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור אתמול: 05/11/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	בתוקף לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לטיפול: 1 OP 70% - השתתפות עצמית: 30%	05/11/2024-26/11/2024	1 מנה	1 מנה	1 מנה	1 מנה	10 ימים	לרסס 1 מנה 4 פעמים ביום	spr. ketoprofen 100 mg/g * KETOSPRAY
כמות לטיפול: 30 TAB 15% - השתתפות עצמית: 15%	05/11/2024-26/11/2024	1 מנה	1 מנה	1 מנה	1 מנה	10 ימים	לבלוע 1 טבליה 3 פעמים ביום	tab. paracetamol 325 mg tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR

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

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושר
דינטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 406913957

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד-
שוחררה עם קיבוע אנטלגי.
כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד-
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לווארוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכון כאב
- ביקורת אורתופד בקופח
- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

מטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

• CONTUSION

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)
• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 406913957

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

0313289282

מכון פיזיותרפיה

מעשלת: כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

24/11/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 24/11/2024

מ.ר. גורם מפנה



041237

מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

ת.ז.: 313289282

טל. עבודה/נייד: 0509807172

מיקוד: 6020808

שם פרטי: הודיה

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995

כתובת: החז דב 8, אור יהודה

שם משפחה: חג'מי

ת.לידה: 05/03/1995

כתובת: החז דב 8, אור יהודה

פרטי הנבדק:



0313289282

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שם האב	שכיר	גדעון
עיריית אור יהודה	כן		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחזרה עם קיבוע אנטלגי.

נעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיוכו כאב

- ביקורת אורתופד בקונפ

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

ישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית בחורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס לטרלי המעיד על קרע

נתקדם להמשך בירור

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ-

• CONTUSION

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר.נ. 08 מפנה



טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מ.י.נ:

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוד דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

והוא 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: 09/09/2024

24/11/2024

45 ימים, היינו מינוס:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

עד יום: 07/01/2025 (בכלל).

24/11/2024

התימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

מאוסאוא מאוסאוא
מאוסאוא מאוסאוא
מאוסאוא מאוסאוא
מאוסאוא מאוסאוא
מאוסאוא מאוסאוא



פרטי חפא

מסמך חתום דיגיטלי

מסמך חתום דיגיטלי

שם חפא:

ד"ר בן גל אופיר

מומחיות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון:

03-5560600

ה"ח

0313289282

שם מטופל: חגית הודיה

ה"ח: 313289282

מיון: ג

גיל: 29 שנים - 8 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 24/11/2024 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	24/11/2024-15/12/2024	כמות ליפוק: 30 TAB ** השתתפות עצמית: 15%

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

תאריך: 24/11/2024
שעה: 19:16:53

להכונה וסיוע: מוקד 3555*
<https://www.maccabi4u.co.il>

מכבי

שירותי הבריאות המובנים בישראל

ת.ז.: 0 313289282 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 21/08/2025

שם: חג'מי

אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
תהודה מגנטית (M.R.I)

בית חולים
מכון
הברזל

20

69710

מיל:

טלפון: 03-7644444

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 241140182

היננו מאשרים כי חג'מי הודית ת.ז.: 313289282 ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע, על השבון: מכבי שירותי בריאות גיל החבר: 29

לשימוש המוסד נותן השרות:

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
313289282	241140182	24112024
קוד מס	קוד טיפול	קוד מקורי
CPT 08 0 73721	מפסקי גף תחתון לנבדק	73721
מס	קוד	תאריך
1	73721	24/11/2024
מס	קוד	תאריך
1	73721	24/11/2024

ישוב: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה אופירה 1 טל: 03-5387222 מתאם שרות:

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

נספח להתחייבות מספר 241140182: 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 שירותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים: [HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החיל, חיפה, ב"ש וכלניות אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה מבוצעת באחת משלוחות אלה.

"מכבי שירותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

הצהר לקבל את השחת במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפשרי לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת מותי השחת הכתובת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזורי האיש באות/אפליקציה או בטלפון 3555*

עם הוצאת הטופס החדש הטופס המכחי' יבוטל

לתשומת לבך, הקופה לא תממן טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.



0034906438



041237

קוד הפניה: 406914535

טלפון: 03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

(M.R.I) תהודה מגנטית

20 הברזל

69710

03-7644444

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

ממצאים:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26

לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחזרה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה ולוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

ישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית בחררה

תקינה NV

תאריך הדפסה: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר בן גל אופיר

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0034906438



041237

קוד הפניה: 406914535

טלפון: 03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אנו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	טלפון: 035333954
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172	מין: נ
מיקוד: 6020808	ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172	ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172

הפניה למכון דימות - M.R.I

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

הערכה:

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשלת: כן

קוד מ.ר.	שם פרטי: הודיה	שם משפחה: חג'מי
73721		

שאלה לרדיולוג:

קרע מניסקאלי ברך שמאל

מדידת גובה	מדידת משקל	מדידת לחץ דם
הריון	הריון	הריון
קלסטרופוביה	קלסטרופוביה	קלסטרופוביה
קוצב לב	קוצב לב	קוצב לב
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן

תאריך בדיקה	לפני	תוצאה	מדידת מעבדה
21/03/2023	1.8 שנים		Creatinine
21/03/2023	1.8 שנים		eGFR

שם הרופא: ד"ר בן גל אופיר

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 21/08/2025

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00

תאריך הביקור: 24/11/2024

המלצות למטופל: PT

MRI

מומחה ספורט

משככי כאב לפי צורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה,צהריים 1 טבליה,ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP+6 > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
אישור	תאונת עבודה (תעודה נוספת)	24/11/2024	07/01/2025

002953745511

תאריך: 01/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 407922861

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

מועמדת לMRI

תלונות:

הפניה לבדיקת דם

בימים אחרונים כאב בצד פנימי של כף רגל

אבחנה:

- LABORATORY TEST REQUEST
- FOOT PAIN

מעש/ת: כן

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

** 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 - 01/12/2024 עד תאריך - 30/05/2025

01/12/2024

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 01/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 01/12/2024 בשעה 11:58

תאריך הביקור: 01/12/2024

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	בדיקות מעבדה		
הפניה	התייעצות מומחה: אורתופדיה		

002960501981

מכון MRI

הנדון: חג'מי, הודיה, ת.ז: 313289282 תאריך לידה: 05/03/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 12/12/2024

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו-PD עם דיכוי שומן ואקסיאלית PD עם דיכוי שומן.

התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס?

ממצאים:

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור המדיאלי שמור.
המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור הלטרלי שמור.
הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.
סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.
קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.
ידי מנגנון היישור תקינים.

לסיכום: המניסקוסים בעובי תקין, ללא קרע.

בברכה,
ד"ר ברקוביץ ליאור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 137099

הוקלד על ידי: מישל איזיב
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסוּטָא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה ינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב **מכבי** צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



041237



התמחויות:

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונ (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גיד מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאבים לאחר PT

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

מר גורם מפנה

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

מכון פיזיותרפיה

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מעש/ת: כן

סיבת ההפניה: ברך - אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/01/2025 עד תאריך - 21/07/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

22/01/2025

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: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20

תאריך הביקור: 22/01/2025

המלצות למטופל: משככי כאב

PT

בקורת חוזרת לפי צורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]
OMEPRADEx 20MG X 30	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים	CAP. OMEPRA 20MG X 28 < 10 Units > [13851] * CAP. OMEPRADEx 20MG X 30 < 10 Units > [59980] CAP. LOSEC 20MG X 30 < 10 Units > [9333] CAP. OMEPRADEx-Z 20MG X 14 < 10 Units > [66685] CAP. LOSEC 20MG X 28 < 10 Units > [78361] CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 10 Units > [78360]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		

003019993421

פרטי חפא

מס ביקור

000301999342

שם חפא:

ד"ר בן גל אופיר

מומחיות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון:

03-5560600

פרטי מטופל

ת"ז

0313289282

שם מטופל: חגמי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 29 שנים - 10 חודשים

מיון: נ

טלפון: 0509807172, 035333954



רשימת תרופות שהופק להו מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 22/01/2025 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השנה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליפוק: 10 TAB - השתתפות עצמית: 15 %	22/01/2025-12/02/2025				1 טבלה	10 ימים	לבלוע 1 טבלה 1 פעם ביום	tab. piroxicam 20 mg * BREXIN
כמות ליפוק: 10 CAP - השתתפות עצמית: 10 %	22/01/2025-05/02/2025				1 כמסה	10 ימים	לבלוע 1 כמסה 1 פעם ביום יש ליטול לפני הארוחה	cap. omeprazole 20 mg OMEPRA, * OMEPRADEX, LOSEC, OMEPRADEX-Z, LOSEC 20MG OTC

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

מכון MRI

הנדון: חג'מי, הודיה, ת.ז: 313289282 תאריך לידה: 05/03/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 12/12/2024

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו- PD עם דיכוי שומן ואקסילית PD עם דיכוי שומן.

התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס?

ממצאים:

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור המדיאלי שמור.
המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור הלטרלי שמור.
הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.
סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.
קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.
גיד מנגנון היישר תקינים.

לסיכום: המניסקוסים בעובי תקין, ללא קרע.

בברכה,
ד"ר ברקוביץ ליאור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 137099

הוקלד על ידי: מישל איזיב
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסוּטָא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
03-7645229 פקס
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

תאריך: 01/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דינטי לית
מכבי

קוד הפניה: 407922861

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		
0313289282			

התייעצות מומחה

במכבי -

אורתופדיה

תחום שירות:

מועמדת לMRI

תלונות:

הפניה לבדיקת דם

בימים אחרונים כאב בצד פנימי של כף רגל

אבחנה:

- LABORATORY TEST REQUEST
- FOOT PAIN

מעשנות : כן

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

** 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 - 01/12/2024 עד תאריך - 30/05/2025

01/12/2024

חתימה וחוקתמת

תאריך



041237

מסמך אשר
דיגיטליזציה
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5580600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
	ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954
0313289282	כתובת: הח דב 8, אור יהודה	טל. עבודה/נייד: 0509807172	מיקוד 6020808

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרקלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גיד מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26

לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד -

שחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד -

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לזארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הנוח לסד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאבים לאחר PT

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26 חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05 MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גיד מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשך עם PT

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26 לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד -

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד -

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאבים לאחר PT

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

* CONTUSION

אבחנה:

- * ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- * TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

* FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנ/ת: כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/01/2025 עד תאריך - 21/07/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

22/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/צייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20

תאריך הביקור: 22/01/2025

המלצות למטופל: משככי כאב

PT

בקורת חוזרת לפי צורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]
OMEPRADEx 20MG X 30	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים	CAP. OMEPRA 20MG X 28 < 10 Units > [13851] * CAP. OMEPRADEx 20MG X 30 < 10 Units > [59980] CAP. LOSEC 20MG X 30 < 10 Units > [9333] CAP. OMEPRADEx-Z 20MG X 14 < 10 Units > [66685] CAP. LOSEC 20MG X 28 < 10 Units > [78361] CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 10 Units > [78360]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד ותאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		

003019993421

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560300

כתובת: הדיבדבן 7, קריית אונז (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מ.י.נ:	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית בחרה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע

נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

• CONTUSION

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: ברך-אלקטרוטרפיה; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/01/2025 עד תאריך - 21/07/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

22/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד 6020808

כתובת: הוז דב 8, אור יהודה

מכון פיזיותרפיהתלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גיד מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01
ביצועה PT עם הטבה חלקיתממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה ולוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאבים לאחר PTעדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל
כאובה גם בליה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

מכון פיזיותרפיה

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע

נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

אבחנות:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

• HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מעשנ/ת: כן

סיבת ההפניה: המשך טיפול לברך שמאל. ברך - אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/03/2025 עד תאריך - 08/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

12/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גיד מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01
ביצוע PT עם הטבה חלקית

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

קעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאבים לאחר PT

תאריך: 12/03/2025

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושר
דינטיט
מנבי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל
כאובה גם בלילה
נוטלת אופטלגין / אקמול
בבדיקה
מהלכת ללא אמצעי עזר
ברך ROM מלא
יישור אקטיבי
רגישות סדק פרקי
לחמן -
קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס לטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

דין ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

• CONTUSION

אבחנות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)

מעשנות: כן

בעיות ידועות:

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דינטיטית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

התייעצות מומחה

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: מבקשת חופשה מעל 3 חודשים

**** 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 - 12/03/2025 עד תאריך - 08/09/2025

12/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך

פרטי גורם מטפל

פרטי מטופל

מס ביקור



000307404378

שם גורם מטפל: ד"ר בן גל אופיר

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

ת"ז



0313289282

שם מטופל: חגית הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים

טלפון: 0509807172, 035333954

מסמך חתום
דיגיטלי

מכבי

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 12/03/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השנה	בתוקף לרישום	מידע מנהלי
שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השנה	בתוקף לרישום	מידע מנהלי
tab. paracetamol 325 mg Iramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה		12/03/2025-02/04/2025	כמות לטיפול: 30 TAB ** השתתפות עצמית: 15 %

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

תאריך: 12/03/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לדה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15

תאריך הביקור: 12/03/2025

המלצות למטופל: PT
ימי מחלה אחרונים שהמטופלת מקבלת ממני לאור כאבים לאחר חבלה

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP+10 > [6007]

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך	סוג
מכון פיזיותרפיה			הפניה
התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית			הפניה
אישור מחלה	01/03/2025	30/03/2025	אישור

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

תמצית הביקור מתאריך 27/03/2025 בשעה 11:54

תאריך הביקור: 27/03/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB, ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP > [6007]
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום, (בקר 1 מנה, צהריים 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	* SPR, KETOSPRAY 25G < 2 OP > [40168]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג הפניה	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית			

פרטי גורם מטפל

מס ביקור



000308916818

פקס: 073-2284246

שם גורם מטפל: ד"ר שהינו לריסה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

מסמך חתום
דיגיטלית

מכבי

ת"ז



0313289282

מיון:

שם מטופל: חגמי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים

טלפון: 0509807172, 035333954

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/03/2025 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרישנה	לפני השונה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליפוק: 20 TAB ** השתתפות עצמית: 15 %	27/03/2025-17/04/2025				1 טבליה	20 ימים	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	tab. paracetamol 325 mg Itramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR
כמות ליפוק: 2 OP ** השתתפות עצמית: 70 %	27/03/2025-17/04/2025		1 מנה	1 מנה	1 מנה	30 ימים	לרס 1 מנה 3 פעמים ביום	spr. ketoprofen 100 mg/g * KETOSPRAY

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

תאריך: 15/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר טייב יצחק

רופא/ה תעסוקתית

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית



טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284260

כתובת: דרך בן גוריון דוד 182, גבעתיים tm@mac.org.il

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר שהינו לריסה

בבדיקה שנעשתה ב: 15/04/2025

עקב: 15/04/2025 בת 30.1 רווקה, ילידת ארצה 12 שנות לימוד. ימנית. בעלת ראשיון נהיגה. עובדת בחינוך מיוחד עיריית אור יהודה. 2.5 שעות יומיות... 6 ימים בשבוע... מ 2015... עברה תאונת עבודה ב 09/2024... כאבים פצע בברך... פנתה ל ב"ח... עברה צילומים ללא שבר. עברה MRI ללא ממצאים חריגים. עדיין מתלוננת על כאבים. משתמשת בתחבורה ציבורית ו-הליכה ממושכת... טוענת שלא יכולה להמשיך בעבודתה. בגלל הכאבים.

ממצאים: כאבים בברך שמאל. ללא נוזל. כאבים ונפיחות אחורית. שיעול קולות לב סדירים. נשימה תקינה. בטן רכה ללא איברים מוגדלים.

אבחנות:

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- KNEE PAIN

ETOPAN XL 600MG X 20 - {1 X 1 (למשך 20 ימים)}
ROXO 150MG X 20 - {1 X 2 (למשך 10 ימים)}

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: שלום רב,

הריני להודיעכם כי לאחר שבדקתי את מצב בריאותה הנוכחי של הגב' יגמי הודיה, ועיינתי במסמכים הרפואיים שעמדו בפני, להערכתי, הנ"ל אינה כשירה לעבודתה. תוקף ההמלצה מתאריך 15/04/2025.

העתק: -רופא מטפל
-תיק עובד
-נבדק

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-2 חודשים

☒ הפק ללא הדפסה

15/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 15/04/2025

מר גורם מפנה



114290

מכבי שירותי בריאות
מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר טייב יצחק

רופא/ה תעסוקתית/ת

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284260

כתובת: דרך בן גוריון דוד 182, גבעתיים tm@mac.org.il

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 15/04/2025 בשעה 10:22

תאריך הביקור: 15/04/2025

המלצות למטופל: שלום רב,

הריני להודיעכם כי לאחר שבדקתי את מצב בריאותה הנוכחי של הגב' יגמי הודיה, ועיינתי במסמכים הרפואיים שעמדו בפני, להערכתי, הנ"ל אינה כשירה לעבודתה.
תוקף ההמלצה מתאריך 15/04/2025.

העתק: -רופא מטפל

-תיק עובד

-נבדק

מוזמן למעקב: יש להגיע למעקב בעוד כ 2 חודשים

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ETOPAN XL 600MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. ETOPAN XL 600MG X 20 <1 OP> [4665]
ROXO 150MG X 20	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ROXO 150MG X 20 <1 OP> [84743]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג אישור	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ			



רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

תאריך ייעוץ: 21/04/2025

תעודת זהות: 313289282

פרטי מטופל: חג'מי הודיה

הופנה על ידי:

חפא מיינץ: סלבטסקי ליליה

תלונה מרכזית: בת 30, מלווה בחיטך מיוחד, אסטמה מטלת משאף לפי הצורך, אורטיקריה, מעשנת חצי קופסה ביום, מטלת 3 סוגים של אנטיביוטיקה בגלל HP ב-09/2024 נפגעה בתייע, גובסה ברגל שמאל מאז התאונה כאבי רגל שמאל, מתקשה לישון ובהליכה ממושכת, חוזר עם דיכוי שומן. PD עם דיכוי שומן ואקסילית PD - T1 בלי ועם דיכוי שומן, קורנליות PD הטכניקה: בצעו סדרות סגטילת התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס? ממצאים: המניסקוס המדיאלי בעבי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור המדיאלי שמור. המניסקוס הלטרלי בעבי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור הלטרלי שמור. הרצועות הצלבות והקולטרליות בעבי תקין, ללא קרע. סחוס הפיקה והטחכלאה שמורים. קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי. גדי מנגסן הייטור תקינים. לסיכום: המניסקוסים בעבי תקין, ללא קרע. בדיקה- מוגבלת בכיפוף ברך שמאל ללא סימני dvt הומלץ דיקור רפלקסולוגיה

חומרת התלונה: 8

אבחנה: HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE

טיפולים שאושר למטופל			
תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים מומלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		9	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדומות וחד פעמיות בנקודות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההומאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מוכחת מדעית כיעילה למגוון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
רפלקסולוגיה		8	סללת לחיצות באזורים בכפות הרגליים והידיים, המייצגים מע' שונות בגוף. מסייע במצבי גוף/נפש, כאב, תלסות גניקולוגיות שונות ועוד. מתאימה לטיפול בילדים.
תזונה / צמחי מרפא		2	נטורופתיה - פותחה באיחפה. עוסקת בהתאמת תזונה, צמחי מרפא ותוספי מזון לסצט במצבים רפואיים מגוונים, תוך הקניית תפיסה של אורח חיים בריא.



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

61761870



טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

תאריך הדפסה: 06/02/2025
מועד אחרון להגשה: 06/03/2025

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד:	עו"ד אריאל פרייברג	כתובת:	דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204
שם המייצג/ת:	פרייברג אריאל	ת.ז. המייצג/ת:	066630930
דוא"ל:	frei.ariel@gmail.com	טלפון:	0546544930

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח:	חג'מי הודיה
ת.ז. המבוטח:	313289282

הגמלאות שנבחרו לייצוג

21) דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - תאריכי אירוע: 09/09/2024

22) נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, תלויים - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 09/09/2024

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של עורך הדין **פרייברג אריאל** או עורך דין אחר במשרדו לייצג אותי מול הביטוח הלאומי ולקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל.

ויתור על סודיות

אני החתום מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ונותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע שיבקש על אודותיי והמצוי ברשותכם על מצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי, או על טיפולים בתחום הפסיכיאטריה, בעבר ובהווה וכן מידע הנוגע לנכות רפואית או לנכות אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור. מבלי לגרוע מהאמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דוח או הערכה בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או אחר המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי.

אני מאשר/ת למייצג הנ"ל להיכנס לאתר האישי של הביטוח הלאומי ולצפות בנתונים שלי.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופותר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת שלפי כל דין, ומוותר בזה על כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לסודיות רפואית או לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו קשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

חתימה וחותמת המייצג

חתימת המבוטח

תאריך

אריאל פרייברג, עו"ד
62554
הריני מאשר את חתימת מו"ש הנ"ל

חג'מי הודיה

06/02/2025