



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 2025 30
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

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

פרטי התובע		שם פרטי		שם משפחה	
חנני		הוקיה			
מספר זהות ס"ב		מספר אישי בצה"ל		עיסוק	
313289282				שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐	
תאריך לידה		מספר אישי בצה"ל		מין	
05031995				זכר ☐ נקבה ☒	
שנה חודש יום					
נכות (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד		ישוב		רחוב/תא דואר	
6020808		אל ירוצה		חנני 21	
דואר אלקטרוני		דירה		מס' בית	
hodaya@1cloud.co.il				8	
טלפון נייד		כניסה		טלפון קווי	
				0509807172	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם פרטי של איש קשר		שם משפחה של איש קשר		מס' זהות של איש קשר	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
מיקוד		ישוב		רחוב/תא דואר	

פרטי הפגיעה	
תאריך הפגיעה	
09092024	
שנה חודש יום	
פרטים על הפגיעה: מערבי, מחזק, היה מר דאגה יפוא, כעסאג מתגלה ופלאי נחלתי	
שם יוקמתי אותה	

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

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
עלית אל יחידה

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<u>המנה</u>	<u>220</u>			<u>אל יחידה</u>	

המקצוע ערב הפגיעה: מאונח מוסל

טלפון 0733388251

3א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הגשה 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')?
בדיקת ת'ע'פ' כפואי

☐ לא ☒ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח מכבי

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
<u>ד"ר מילניס זוריס</u>	<u>טראומטולוגיה</u>	<u>ימא אליון 66 פל זור'2</u>
<u>ד"ר זן אל גוקיר</u>	<u>כירורגיה גורמנט</u>	<u>הפונדק 7, פריימ אור'</u>
<u>ד"ר פוסט אלול</u>	<u>שלכמה, פריימ נאלי</u>	<u>אופייב מ אורי יחנ'ה</u>
<u>ד"ר ג'דיצ'תק</u>	<u>רכיאה מדיצינת</u>	<u>בן גרמין 82 גרמ'מ</u>

5

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

23
121 121

המלכות החדשה, שנת 1917, נחלקה ל-10 חלקים
המלכות החדשה, שנת 1917, נחלקה ל-10 חלקים
המלכות החדשה, שנת 1917, נחלקה ל-10 חלקים
המלכות החדשה, שנת 1917, נחלקה ל-10 חלקים
המלכות החדשה, שנת 1917, נחלקה ל-10 חלקים

☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתני, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

תאריך החזרה לעבודה

38" 10/21 מכתב'ם והאז'ח 227

אם הנר מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

יזוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי תשלומי שכר לצורך ביטוח זמנתי.

7

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

מס' תיק באגף השיקום

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

☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

□ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

03 741 2358

כתובת

כתובת
צירף חזק ה"ל פ' דמס' ל

שם גורם מסייע

שם גורם מסויע
א"ח אריאל כ"י"ז

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 תלמי	
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 ☐ לחשבוני הפרטי

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

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

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, 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 _____ X

11 הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 8.5.25 חתימת התובע _____ X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד 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 313289287	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2024 09 09
שם משפחה חנני	שם פרטי הוקיה	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 8.5.25 חתימת המבוטח *

תאריך: 10/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0328820964



092913

קוד הפניה: 395934975

מסמך אושר
דיגיטלית
מונבי

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	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

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 רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימת גורם מפנה
10/09/2024
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0328820964



092913

קוד הפניה: 396735871



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.לדה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון:

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

• TRAUMA ACCIDENTAL

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

מעשלות: 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 רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מסמכים רלוונטיים
לשם התאמת סוג ומשך
טיפול הנדרש

תאריך: 15/09/2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דינטיטית
מכבי

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 סיבובית ברך שמאל

אבחנות פעילות:

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

ממצאים:

לפני שבוע נפלה מונצרת חבלה לברך יד 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 וליחמן 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

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



מסמך אושר
דינטיט
מכבי

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

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

פרט "חפא"

—מטופל מוטל—

מס' 100



000290842388

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

ה'תש"ח
ל.א.מ.י.
סוד

5


0313289282

שם מטופל: חגית הודיה
ת"ז: 313289282
גיל: 29 שנים ו-7 חודשים
טלפון: 0509807172, 0353333954

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

מידע מנהלי

השיקף לכישה

כמות ליפוף: 10 TAB
השתתפות עצמית: 15% **

09/10/2024-30/10/2024

461

4

צוררים
בוקר

למשך

מוסימ'ה' אפוא

הנחיות

שם התרופה

* BREXIN
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום
piroxicam 20 mg tab.

דען לי שמושרה הרקוח'ל' לנפק הלופה גנייה שאושרה על" הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ⁴⁴ ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי החילום שבבתקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגויס בבית המרקחת או רשימות תרופות בביקור. לדיעבד 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. תחופות שדורשות מרשם נייר אינן מצויות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

07E 281221 QZCZ 18214
NHLUNGLE NLHDCQIU
CHQUU CCLITUE NHLUNGLE
LL NIGIL TLK
HOLCI ULGUA "A.M U' MACH ULM

תאריך: 09/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



041237

מסמך אשור
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 400283258

טלפון: 03-5580600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונן (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.לדה: 05/03/1995	מ.י.נ:	טלפון: 035333954	טל. עבודה/בייד: 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
ברכיה עם טבעת סיליקון (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	1	96558	1	כן

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

09/10/2024

חתימה וחוקתמת

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, שהיונם מבוטחי שב"ן-יוכלו 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 הרכישה.

המרכז הרפואי ע"ש ד"ר אופיר בן גל
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה אונקלוגית
מ.ר. 127187 מ.ר.מ. 41237

תאריך: 27/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



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	טל. עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

קוד: 6863

ברך שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: אטחרי אירוע טראומטי, במעקב אורתופדי, בנהנתם לבקשתו - US

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

ממצאים: אקספיריום מאורך, צפצופים בודדים, דריפ פוסטנלי

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

חתימה וחזותמת

תאריך

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

מסמך אושר
דינטיט
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:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.ל.ידה: 05/03/1995	מ.י.ן: 035333954	טלפון: 0509807172	טל.עבודה/נייד: 6020808
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6863	ברך שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: שינויים ניוונים

תלונות:

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



קוד הפניה: 402954299

טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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



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

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

פרטי הנבדק:

טל. עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

הוזדב 8, אור יהודה

כתובת:



מיקוד 6020808

תאונת עבודה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

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 לברך 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 - לא נזל. אין נזל תוך פרקי.
איזור פופליטאלי - אין עדות לציסטה ע"ש בייקר.

כ"ז - תור לאותופה.

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



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.ל.ידה: 05/03/1995	מ.י.נ: 035333954	טלפון: 0509807172	טל.עבודה/נייד: 6020808
כתובת: תח' דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	0313289282	

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, מ.ר 059328

חתימה וחומתת הרופא

תאריך הבדיקה

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

פרטי רפא

מס ביקור



000293281974

פקס: 073-2284246

שם רפא: ד"ר פרסקי אולג

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

מסמך קהתום

דיגיטלי

מנבי

ת"ז



0313289282

מיו: נ

שם מטופל: חגית הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 29 שנים ו-8 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

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

מידע מנהלי	בתוקף לרשימה	בתוקף	לפני	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 1 OP 70% השתתפות עצמית: **	05/11/2024-26/11/2024	1 מנה	1 מנה	1 מנה	1 מנה	1 מנה	10 ימים	לרסס 1 מנה 4 פעמים ביום	spr. ketoprofen 100 mg/g * KETOSPRAY
כמות ליניפוק: 30 TAB 15% השתתפות עצמית: **	05/11/2024-26/11/2024	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	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 הנחלים שבתוקף ביום הטיפול. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים. ידוע לי שמורשה הרקחת/לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים שבתוקף ביום הטיפול. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות 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: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



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 -

שנוחרה 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 כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נטולת אופטליגין / 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 MV

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:

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



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 אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

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

מכון פיזיותרפיה

מעשנ/ת: כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד ותאריך - 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 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: 24/11/2024

ג.ר. גורם מפנה



041237

מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5580600

כתובת: הדובובן 7, קריית אונם (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 הבדיקה:



0313289282

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה		
שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
גדעון	כן	עירית או יהודה

תוצאות הבדיקה:

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 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 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. גורם מפנה



041237



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.ל.:	05/03/1995
מ.י.:	נ
טלפון:	035333954
טל. עבודה/נייד:	0509807172
כתובת:	הוז דב 8, אור יהודה
מיקוד:	6020808
0313289282	

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

זהו 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

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 45 ימים, הייכן מיום: 24/11/2024

עד יום: 07/01/2025 (בכלל).

24/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

281221 א"ל א"ל 281221
מאגיסטראט מאלטולואו
מאלטולואו מאלטולואו
מאלטולואו מאלטולואו
מאלטולואו מאלטולואו

פרטי מטופל

שם מטופל: חגית הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 29 שנים - 8 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

ת"ז

0313289282



פרטי רופא

שם רופא: ד"ר בן גל אופיר

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

מס ביקור

000295374551

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

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר
שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר	מספר
lab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS	לבלוע 1 טבליה 3 פעמים ביום	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תבקע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים 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.

תאריך: 24/11/2024
שעה: 19:16:53

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

מכבי

שירותי הבריאות המובילים בישראל

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

שם: חג'מי

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

בית חולים
מכון
הברזל

20
69710

מייל:

טלפון: 03-7644444

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 241140182

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

לשימוש המוסד נותן השרות :

תאריך טיפול:	התחייבות:	ת.ז. חבר:
		
24112024	241140182	313289282

קוד מקורי	תאריך	תאריך	קוד
כמות	יציאה	כניסה/טיפול	CPT
1	24/11/2024	73721	08 0 73721 1

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

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 שרותי 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 והבריקה מבוצעת באחת
משלוחות אלה.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

הצהר לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מותר רשימת מותג השרות הכתובת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האשי באתר/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:

אסונא-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 יד 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 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:

- שינוך 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

נטילת 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

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 אונו

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: חז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

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 לטרלי 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)

מעשית: כן

קוד מ.ר.	פחסיקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (שמאל)

שאלה לרדיולוג:

קרע מניסקיאל ברך שמאל

מדידת	פירוש
הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	פיקוח מעבדה
21/03/2023	1.8 שנים	0.84	Creatinine
21/03/2023	1.8 שנים	95	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

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

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	לביעה 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		

0313289282

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: מועמדת ל-MRI
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 וחתימת

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 ואקסיליות 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 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 לפעמח 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 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



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

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

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.

גידי 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 -

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:

- שינוי 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

מ.ר. גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

כתובת: החבדבן 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	
תלידה: 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

בבוקר 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

מעשנת : 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 וחתימת

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

מר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

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		

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 רפא

מס ביקור
000301999342

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



פרטי מטופל

ת"ז
0313289282

שם מטופל: חגית הודיה
ת"ז: 313289282
גיל: 29 שנים ו-10 חודשים
טלפון: 0509807172, 035333954

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

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השנייה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 10 TAB * השתתפות עצמית: 15 %	22/01/2025-12/02/2025				1 טבליה	10 ימים	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	tab, piroxicam 20 mg * BREXIN
כמות לניפוק: 10 CAP * השתתפות עצמית: 10 %	22/01/2025-05/02/2025				1 כמסה	10 ימים	לבליעה 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 המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחות 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.

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 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 באסוטה, על ידי הרופא המפנה בלבד. בכל נושא אחר, אנא פנה למוקד אסוטה בטלפון 03-7644444
רופא נכבד, רופאי מכון הדימות באסוטה עומדים לשירותך בכל הנגע 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 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



034022



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

מעשנ/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: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורס מפנה



041237

מסמך אשר
דיגיטליזציה
מכבי

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5580600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954	מין: נ	ת.לידה: 05/03/1995
מיקוד 8020808	הוז דב 8, אור יהודה	כתובת:	0313289282

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 והטרונכלאה 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 לזארוס 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 בליה
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

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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)

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

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 והטרונקלאה 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

נטולת 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



מסמך אושר
דינטלית
מכבי

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:

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 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 אונם (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/בייד: 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 > [58980] 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

שם/תיאור	מתאריך	עד ותאריך	סוג
מכון פיזיותרפיה			הפניה

003019993421

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
22/01/25

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560800

כתובת: הדיבדבן 7, קריית אונן (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.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0609807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

להמן -

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 קום ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

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

• CONTUSION

אבחנה:

• ASTHMA Exacerbation (12/02/20)
• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות : כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרותרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

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

כא להגיע עם מסמכים רלוונטים

22/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך וזמור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, כא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והיךך 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 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
כתובת: חוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	טל.עבודה/נייד: 0509807172
0313289282		

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 והקולטריות בעובי תקין, ללא קרע.
סחוס הפיקה והטרונכלאה שמורים.
קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.
גידי מנגנון היישור תקינים.
שיפור תחת PT אך עדיין כאובה
נמשך עם PT

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

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 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 בליילה
נוטלת אופטלגין / אקמול
בבדיקה
מהלכת ללא אמצעי עזר

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית
התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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

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

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

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: ק

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 רלוונטים

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



041237

מסמך אושר
דינסלית
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.ל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954	מין: נ	ת.לידה: 05/03/1995
מיקוד 6020808	הוז דב 8, אור יהודה	כתובת:	0313289282

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

נמשך עם PT

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

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

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

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

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	מ.י.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 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

דיון 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



041237



קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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



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 ותר 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

מס ביקור
000307404378

שם גורם מטפל: ד"ר בן גל אופיר

מזמחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600



פרטי מטופל

ה"ח
0313289282

שם מטופל: חגמי חודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים

טלפון: 0509807172, 035333954

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

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

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור, לידעית 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

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

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.ל.ידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

0313289282

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	לבלעה 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

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

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:	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 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, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP > [6007]
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, צהריים 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	* SPR. KETOSPRAY 25G < 2 OP > [40168]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	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

פרטי מטופל

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 לרכישה	לפני השלמה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 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 tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR
כמות לניפוק: 2 OP השתתפות עצמית: 70 %	27/03/2025-17/04/2025		1 מנה	1 מנה	1 מנה	30 ימים	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום	spr. ketoprofen 100 mg/g * KETOSPRAY

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לנפק חלופה גנרית שאושרה על ידי הקופה אלא אם גורם מטפל ציון אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנחלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור, לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחות 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/ת

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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 נזל. 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 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 mac.org.il@t

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	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		



רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

תאריך ייעוץ: 21/04/2025

תעודת זהות: 313289282

פרטי מטופל: חג'מי הדירה

הופנה על ידי:

רופא מיעוץ: 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, גבסה ברגל שמאל מאז התאונה כאבי רגל שמאל, מתקשה לישון ובהליכה ממושכת, חוזר עם דיכוי שומן. PD עם דיכוי שומן ואקטואלית PD - T1 בלי ועם דיכוי שומן, קורנליות PD הטכניקה: בצעו סדרות סגטלית התוויה קלינית: סאבים 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 הצולבות והקולטרליות בעבי תקין, ללא קרע. סחוס הפיקה והטרכלאה שמורים. קונטוזיה ובצקת של השמן הסופרה פטלרי. גיד מנגון היישור 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 שאושרו למטופל			
תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים מומלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		9	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדינות וחד פעמיות בנקודות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההומאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מוכחת מדעית כיעילה למגוון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
רפלקסולוגיה		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	נטורפתיה - פותחה באירופה. עוסקת בהתאמת תזונה, צמחי מרפא ותוספי מזון לסיוע במצבים רפואיים מגוונים, תוך הקניית תפיסה של אורח חיים בריא.



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

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

61761870



טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

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 הבריאות, 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 ופוסט 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

הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

חג'מי הודיה

06/02/2025