

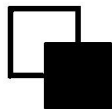


אישור שליחת פקס

55 עמודים
11/5/2025 10:21

זיהוי מקבל FAXCORE
זיהוי שולח MyFax

אל 03-6720103
מאת אריאל פרייברג



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

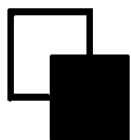
1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.


אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

עמוד 1



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

1

שם משפחה חג'ל
שם פרטי הוקיה
מספר זהות ס"ב 313289282
תאריך לידה 05/03/1995
מספר אישי בצה"ל
עיסוק
זכר ☐
נקבה ☒
שכיר ☒
מתנדב ☐
עצמאי ☐
מכתב (הרשמה בתשד"ר הפרטים)
רחוב/תא דואר 213
מס' בית 8
כניסה
דירה
יישוב אל יהודה
מיקוד 6020808
דואר אלקטרוני: hodaxa@cloud.com
טלפון קווי 0509807172
טלפון נייד

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

שם משפחה של איש קשר
שם פרטי של איש קשר
מס' זהות של איש קשר ס"ב
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

שם למכתבים (אם שונה מהמכתב הרשמי למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
--------------	---------	-------	------	-------	-------

2

תאריך הפגיעה 09/09/2024
פרטים על הפגיעה: שערתי מהחלוקה, היה חיר דמיוני ירמיהו, כמובן שהתגלה עליי חלוקה.
שם יועצת אומה

3

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

שם המנהל / המנהל

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
המנהל	בב			אלר יהל	0733388251

המקצוע ערב הפגיעה: מנהל מוסד

X3

מרכז חקרים וייעוץ - משרד הביטחון

מקום השירות ☐ צה"ל ☐ שב"ס ☐ משטרה ☐ אחר ☐

משמר הכנסת ☐ משמר אזרחי ☐ 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 הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

האם חקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☒ כן, פרט רצת ת'ע'לך כולאי ☐ לא

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

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

אני מבטח בקופ"ח _____

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר שמואל מוריס	כראולוגיה	ימאל אלחין 66 סל' וולר' 2
ד"ר זן אל גופיר	כירורגיה וורטברטל	הפונדק 7, בוג"מ איל' 1
ד"ר פוסק אולל	שלכמה, פנימית	אוסטייב 6, אורי יחנז 6
ד"ר גדי יצחק	רכיאה, גזעית	דן אנריין 28, גזעית

5

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
מגבלה	הגבלת זריקת מים (מגבלה)
מגבלה	הגבלת זריקת מים
מגבלה	הגבלת זריקת מים
מגבלה	הגבלת זריקת מים

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוים על ידך לעיל?

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

6

חזרת 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 _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה את נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלשי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

מיומנות עברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

מיומנות עברית

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

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

☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

מיומנות עברית

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

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

שם גורם מסייע _____

כתובת _____

טלפון _____

10

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבון הפרטי שלי:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	מזכ"ל	843	59891/00

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 להחתימים 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/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

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 בידעין 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 אוזרחתי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו 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 לחתימה 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 02 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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 8.5.25 חתימת המבוטח *

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913



קוד הפניה: 395934975

טלפון: 03-5387222

073-2284246 :079

כתבת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה פנימית וכלליח

התמתי'ת:

מומחה 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	

מוקד רפואה דתופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

1950:

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

ממצאיו: פצע עם גלד המורגי מעל פטלה רגל שמאל, המטומה עם רגישות ניכרת באספקט לטרלי-קידמי של שור, רגישות ללא סימני תבלה וטנאר-ה'פוטנאר.

- TRAUMA ACCIDENTAL

אבחנה:

• **ASTHMA Exacerbation**. (12/2020)

בעיות ידועות

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשלת : כן

מופנה לצורך

בדיקה ע"י אורתופד , בתודה 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

ונאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימתו וחותמתו

1076 GILG 8690F
1076 GILG 8690F
1076 GILG 8690F
1076 GILG 8690F

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913



קוד הפניה: 396735871

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	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: חוז 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 לדרוך על הרגל, מופנת ליעוץ אורתופד טראומה

• TRAUMA ACCIDENTAL

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

מעשלת: 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

מסמך אושר דיטטלית מכבי
15/09/2024 19:37
חתימה וחותמת

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר מידליס בוריס

טראומטולוגיה

מ.ר גורם מפנה



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.לדה: 05/03/1995	מין: ג	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 סימבית ברך שמאל

אבחנות פעילות:

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

ממצאים:

לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך יד שמאל.
נבדקה במוקד-
שחררה עם קיבוע אנטלגי.
כענ 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

אבחנה:

• CONTUSION

טיפולים:

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

ד"ר מידליס 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 מיזליס בוריס

טראומטולוגיה

טלפון: 3555

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

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

0313289282

מכתב שחרור

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

שלום, אנשים,

ג'ט



0313789282

1

מחשבות

12

10

10

ידיע לי שמורשה הרקח/ת
שבתקף ביום הניפוק. חוב
המחושב במקרה של כש

תאריך: 09/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



041237

מסמך אשר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 400283258

טלפון: 03-5580800

כתובת: הדגדבן 7, קריית אומ (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.נ: 035333954	טלפון: 0509807172	סל.עבודה/נייד: 6020808
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

הפניה לאבזר / ציוד רפואי

מס' ביקור



000290842388

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

• CONTUSION

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

נרכש
במכביפארם
כן

קוד ספק

קוד אבזר

סר הכל

יחידות

1

1

שם אבזר

ברכייה עם טבעת סיליקון (ללא צורך בהפניה) - שמאל

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

09/10/2024

חתימה וחוקתמת

תאריך

טרם רכיש, יש לבדוק את תנאי הזכויות לאבזר 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 אבזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפנית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555. לכל סוג אבזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יכולו 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 אבזר 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.

כאם האבזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם ההרכישה. שם: ד"ר אופיר בן גל

מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה אנקלוגית
מ.ר. 127187 מ.ר.מ. 41237

תאריך: 27/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. מרס 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.ל. עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954	מיון: 05/03/1995	ת.לידה: 05/03/1995
מיקוד 6020808	הוז דב 8, אור יהודה	כתובת:	0313289282

US איברים

קוד: 6863
הבדיקה והדחשה אולטראסאונד

ברך שמאל

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

תלומות: צינן, שיעול חולה במשך 4 ימים
ללא חום

ממצאים: אקספיריום מאורך, צפצופים בודדים, דריפ פוסטנזלי

• ASTHMATIC BRONCHITIS

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

אבחנה:

בעיות ידועות:

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

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

27/10/2024

חתימה וחוקתמת

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



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

US איברם

6863

ברך שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: שינויים ניוונים

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26 חבלה סיבבית 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 במקד- שוחררה עם קיבוע אנטלגי. כעת נשלחה עי רפא 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 מדיאל. 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 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

• CONTUSION

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

אבחנה:

בעיות ידועות:

תאריך: 30/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפתח



0034906438



041237



קוד הפניה: 402954298

טלפון: 03-5580800

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: החובדבן 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/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

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

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

תאונת עבודה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב גדיעון	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	שם המעביד וכתובת עיריית אור יהודה	מקצוע
ת.פגיעה 09/09/2024	שעה 14:45	התנסקות בשעת הפגיעה בזמן עבודה		
האיבר שנפגע ברך	שם הרופא המטפל פרסקי	נמצא בטיפול מיום 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 US - S לברך שמאל

בדיקה מכוונת - לברך שמאל
גיד קוודריצפס - נצפה תקין והמשכי.
גיד פטלרי - נצפה תקין והמשכי.
הרטיקולים 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 לקונלציה קלינית
בנוסף סופראפטלרית - אין עדות לנוזל.
בורסה פטלרית - אין עדות לנוזל.
PES ANSERINUS - לא נזל תוך פרקי.
אזור פופליטאלי - אין עדות לציסטת ע"ש ב"קר.

ר"י: 27/11 - 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 וטנגר-היפוטנגר.

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: ג	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: חז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		



0313289282

תאונת עבודה

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

כמצאה מהפגיעה המוצהרת עלי-ידי הנ"ל:

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

עד יום: 27/11/2024 (בכלל)

05/11/2024

מסמך אושר דיגיטלית
מסמך בריאות פנימית
מ.ר גורם מפנה 092913

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

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

[illegible]

073-2284246 : 075

ד"ר פרסקי אולג

מחירים:

ଉତ୍ତରା:

ד'תשס"ח

ACTE **compting**

5



0313289282

Ex: 1

מחלקת המידע והקשר עם הציבור

313289782

313289282:777

צו"ח 848 פ"ח 848

035333954 :1970

1964

מכבי שירותי בריאות

רשימת תרופות שהופך לתן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 05/11/2024 (דף זה אינו מרשם)

[illegible]

OP 1: שאלות למבחן -

השתתפות עצמית: 70% ^{##}

TAB 30 'EOLY TWC -

C:\WINDOWS\SYSTEM32\cmd.exe

קופ"ץ לניפוח: 05/11/2024-26/11/2024

השתתפות עצמית

תאריך: 05/11/2024 28/11/2024

***#* CONSIGLIA IL BAMBINO**

כמות לניפוח: 1 OP
05/11/2024-26/11/2024
1 חובה
1 חובה

השתתפות עצמי #

כמות: 30 י"ב 054499024-28415021

המחיר: 11/2024
1 טבליה

קופון
קוד: 05/11/2024-26/11/2024
תוקף: 05/11/2024 - 26/11/2024
תנאים:

השתתפות עצמית

מס' תעודת זהות: 05/11/2024-28/11/2024

שם	תאריך לידה	מספר זהות	מספר תעודת זהות	מספר תעודת זהות	מספר תעודת זהות
1 טבליה	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה

[illegible]

השתתפות עצמית #

מס' תעודת זהות: 054912024-2844707
 שם: רות לינדה
 כתובת: 10001 מנהל 4 פעמים ביום

10 ימים
1 טבליה : 1 טבליה
1 טבליה

[illegible]

השתתפות עצמית *
 10 ימים
 1 שבוע
 1 חודש

05/11/2024 25/44/2024
רחמי לוינסקי -
B 30

[illegible]

הקופה גרית שאושרה ע"י הרופא אין אחרות. ההשתתפות העצמית תהיה תלויה על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים המיוחדים של השירות. תרופות בביקור לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ימוקד בבית המרחקות רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים.

[illegible]

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורס 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, קרית אונו (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	סלפון: 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-

שחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רפא 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

נטלת 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

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

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס לטרלי 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 גרם מפנה



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 406913957

טלפון: 03-5580800

כתובת: הדבדבן 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: 0313289282		הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד 6020808			

מכון פיזיותרפיה

מעשלת : ק

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 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: 24/11/2024

ס' גורם מפה



041237



מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

הוניתיות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5580800

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

ת.ז.: 313289282

טל.עבודה/נייד: 0509807172

מיקוד 6020808

שם פרטי: הודיה

טלפון: 035333954

שם משפחה: חג'מי

מין: 1

ת.לידה: 05/03/1995

כתובת: החז דב 8, אור יהודה



0313289282

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שם האם	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-
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.

- 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

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברוחה

תקינה NV

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

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:03:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ

• CONTUSION

7592 4 11 3 0



041237



03-5560600 :טלפון

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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

תאונות עבודה (תעודת נוספת)

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

א' כושר זה הוא. לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ד.

09/09/2024 : ב'טו'

דעתי היא, שאני כושר זה ימשך עוד, לפחות: 45 ימים, היינו מינס: 24/11/2024

תאריך: 07/01/2025 (בכלל).

24/11/2024

חתימה וחתימות הרוכא

חאזין הבדיקה

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-11-2010 BY 60322
UCBAW

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מסמך חתום
דיגיטלי

מכבי

912779

פרטי חפא

מס ביקור



000295374551

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

ת"ז



0313289282

שם מטופל: חגית הודיה
ת"ז: 313289282
גיל: 28 שנים 8 חודשים
טלפון: 0509807172, 035333954

מין: נ

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

שם התרופה: **ROKACET PLUS**
15 mg
paracetamol 500 mg
50 mg
codeline phosphate
מב: לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום

אופן השימוש:
הנחיות:

משך: 10 ימים
תדירות: 1 טבליה 1 טבליה 1 טבליה 1 טבליה
בוקר: אחריהם ערב

לפני
השינה

בתוקף זרימשת
24/11/2024-15/12/2024

מדינת ישראל

כמות ליפוק: 30 TAB

השתתפות עצמית: 15 %

ידוע לי שמורשה הרקוקט/לנפק חלופה גרירת שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הנבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום היפוק. 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 יתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצעות בדף זה ולאורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 24/11/2024
שעה: 19:16:53

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



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

שם: הג'מי

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

בית חולים
מכון
הברזל

20
69710

מיל: 03-7644444 טלפון:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 241140182

היננו מאשרים כי הג'מי הודיה ת.ז.: 313289282
וזכר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהחאם לתעריף שנקבע,
על השבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 29

לשימוש המוסד נותן השרות:

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

קוד	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך יציאה	כמות
מס 08	08 MRI-מפרקי גף תחתון לנבדק	73721	24/11/2024	1	1

ישו: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה אופירה 1
מחאם שרות: 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 השחות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מיזשת את טופס ההתחייבות אפשו לבטל ולהוציא בקלות
טופס ההתחייבות חדש למוסד רפואי אחר מותר רשימת מותג השחות הכותבת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האשי באתר לאפליקציה או בטלפון 3555*

עם הוצאת הטופס החדש הטופס המכחי יבטל

לתשומת לבך, הקופה לא תממן טימול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח מעמיים עבור אותה מנייה.



0034906438



041237

קוד הפניה: 406914535

טלפון: 03-5560600

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס:

כתובת: הדנדבן 7, קריית אונו

התמחויות:

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
	ת.לידה: 05/03/1996	מ.י.נ: 035333954	טל.עבודה/צייד: 0509807172
0313289282	כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	טלפון: 6020808	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.

נעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה טספת.

נבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסרק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פחולוגי 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 כאובה. ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בליה

נטולת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סרק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית בחרה

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: העובדן 7, קריית אונ

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

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)

מעשלת: כן

קוד מ.ר.	73721
ברך (שמאל)	

שאלה לרדיולוג:

קרע מניסקאלי ברך שמאל

הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שחלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך: 24/11/2024	שם הרופא: ד"ר בן גל אופיר
21/08/2025	שם הרופא: ד"ר בן גל אופיר

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

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

"אם להצטייד בכרטיס מגנטי"

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אפיר

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	מ.י.נ: 0509807172	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	מחיר/החומר	שם המרשם
ROKACET PLUS 24 CAP	לבלעה 1 טבלה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבלה,צהריים 1 טבלה, ערב 1 טבלה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP <1 OP+8> [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

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

002953745511

תאריך: 01/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 407922861

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284248

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	מ.י.נ:	טלפון: 035333954	סל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: חוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

מועמדת ל-MRI

הפניה לבדיקת דם

בימים אחרונים כאב בצד פנימי של כף רגל

אבחנה:

- LABORATORY TEST REQUEST
- FOOT PAIN

מעשלת: כן

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

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

"בא 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 ותאריך - 30/05/2025

01/12/2024

חתימה וחתימת

תאריך

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

073-2284246 :079

כתובת: אופירה 1, אר יהודה

פרטי הגבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1985		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

我们说

מקור המידע

העברת טפסים באופן יזום : בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

THE NEW YORK TIMES

THE

微利时代

210

בדיקות מעבדה

הפניה

התייעצות מומחה: אורתופדיה

הפניה

002960501881

מכון MRI

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

דר' נכבדה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 12/12/2024

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 - 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.
גירי מגנזון היישור תקינים.

לסיכום: המניסקוסים בעובי תקין, ללא קרע.

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

הוקדף על ידי: מישל אידיב
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 באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפעמח 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 לפניות של רופאים בלבד!

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



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 ובעקת 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 -
שחררה עם קיבוע אנטלגי.
כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד -
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לוורוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצלומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכך 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 משיאת משקל
כאובה גם בלילה
נטולת אופטלגין / אקמול
בבדיקה
מהלכת ללא אמצעי עזר
ברך ROM מלא
יישור אקטיבי
רגישות סדק פרקי



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

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

פרטי הנבדק:		שם פרטי: הודיה		שם משפחה: חג'מי		ת.ז.: 313289282	
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172		טלפון: 035333954		מ.י.נ: 05/03/1995		ת.לידה: 0313289282	
מיקוד: 6020808				הוזז 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

מעשלת: כן

סיבת ההפניה: ברך - אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

22/01/2025

חתימה וחזתמת

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/נייד: 0509807172
כתובת: הוד 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	שם המרשם	שמות התרופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבילה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבילה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]
OMEPRADEx 20MG X 30	לבליעה 1 כמסטה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסטה) 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 > [66885] CAP. LOSEC 20MG X 28 < 10 Units > [78381] CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 10 Units > [78380]

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם המרשם

שם המרשם

סוג

מכון פיזיותרפיה

הפניה

003019993421



מחלקת המבחנים



אמא אגא: אגא אגא

מומחה כיורגרי אורתפדיית

03-5560600



שם מסופל: ח'מ' הודיה

313289282 : 171

ביל: 29 שנים ו- 10 חודשים

0509807172.035333954 :11970

THE

THE

TAB 10 : 75-33 JMB - 22/01/2025-12/02/2025

Calculus Area: 51%

CAP 10 :תפיל ליתב - 22/01/2025-05/02/2025

CAUTION: 100%

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2000

מג 20cam prodx. לבליעה וטבליה ופעם ביום

• MIXED •

מח 20 אבן חשבונית, עם לבלעה 1 כמסה 1 פעם ביום

• OMEPRA, * OMEPRADEX, LOSEC,
OMEPRADEx-Z LOSEC 20mg OTC

יודיע ל שמוערה הרקולית לפק חלופה גגרת שאפשר עי' הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. והשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג מנגיס בבית המרקחות או רשימת תרופות בבילוק, לדיעבד מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית. יצופק בבית המרקחות רק אם הוא מופיע במגבר המרשמים המסומכים במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לפקד את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שיחידושות מרשם נזיר אינן מצוונות 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 + 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
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 באסוּטָה, על ידי הרופא המפנה בלבד. בכל נושא אחר, אנא פנה למוקד אסוּטָה בטלפון 03-7644444
רופא נכבד, רופאי מכון הדימות באסוּטָה 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 <u>המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!</u>

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	מיון: 1	טלפון: 035333954	טל.עבודה/גיד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות.

מועמדת ל-MRI

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 וחותמת

תאריך



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
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.ליריה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/ייד: 0509807172
כתובת: החז 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 והטרזכלאה 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 -

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 בלילה

נוסלת 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



קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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

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 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 לוארום 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 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

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר 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 פרטי: הודיה	שם משפחה: חג'מי
ת.ז.: 313289282	ת.לידה: 05/03/1995
טל.עבודה/נייד: 0509807172	מין: נ
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 ברור

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 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

מר גורס 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.לדה: 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	מימן 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

מתאריך עד תאריך

שם/תיאור

סוג

הפניה מכון פיזיותרפיה

003019993421

תאריך: 22/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560000

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

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

מכון פיזיותרפיה

להמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית בחררה

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 (12/03/20)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות: ק

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 והותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555, תורים לטיפול המשך וזמן ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, סיפולי 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

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5580800

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

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.ל.יד: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		סל.עבודה/גיד: 0509807172	
כתובת: 0313289282		חוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808			

מכון פיזיותרפיה

תלומת: 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 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 רפא 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- מעיון 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

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גרם מפנה



041237



קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

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

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

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	ת.ל.י: 0509807172
ת.ל.י: 0509807172	טל.עבודה/נייד: 6020808
ת.ל.י: 0509807172	מיקוד: 6020808
ת.ל.י: 0509807172	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 ביחור

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:

מעשלות: 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 וחתימת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא חפסקה 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 והניך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

מסמך אושור
דינסלית
מכבי

ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560800

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

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

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סימבית 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 במחזור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במחזור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטחכלאה 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
ביצוע PT עם הסבה חלקית

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

נבדקה במוקד-

שחורה 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

תאריך: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

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

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

התייעצות מומחה

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
לחמן -
קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברוחה
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 לטרולי 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 מבודלת: בביקור בתאריך 08/10/2024 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)

מעש/ת: 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	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

התייעצות מומחה

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: מבקשת חופשה מעל 3 חודשים

** כו 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 גרם המפל-

WET **com**

[illegible]

000307404378

מומחה כירורגיה אורתופדית

03-5580800
:1975

[illegible]

0313289282

313289282:Y'n

סוף שני 30:41

0509807172, 035333954 : 11970

[illegible]

12/03/2025-02/04/2025

השתתפות עצמית: 15%
- כמות ליניפוף: TAB 30

1 סבליה

2000

1998年12月

פונקס ביזנס

לגבי לברילעה 1 טבלית 3 פעמים ביום. paracetamol 325 mg

tramadol hcl 37.5 mg

***ZALDIAR**

יודע לי שממורה הרוקח/ת לנפק חליפה גרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי תנאים שבתוקף כיום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בליקוי. לידעיתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית נופק 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 שדרושות מרשם נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 12/03/2025

מ.ר גרם מפנה



041237

מכבי שירותי בריאות

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: החזבג 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 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: ZALDIAR 325/37.5MG
מומחה התרופות: * TAB. ZALDIAR 325/37.5MG <1 OP+10> [6007]
לביעה 1 טבלה 3 פעמים ביום, (בקר 1 טבלה, צהריים 1 טבלה, ערב 1 טבלה) לתקופה של 10 ימים.

הפניות, אשורים ודפי מידע

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

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גרם מפנה



034022

ד"ר שהינו לריסה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

03-5387222 טלפון:

073-2284246 :079

כתובת: אפירה 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:

שמות התרופות	שם התרופה	שם התרופה
[6007] < 1 OP > *TAB. ZALDIAR 325/37.5MG	בליעה 1 טבלה 1 פעם ביום, (בוקר) טבלה) לתקופה של 20 ימים.	ZALDIAR 325/37.5MG
[40168] < 2 OP > *SPR. KETOSPRAY 26G	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, צהריים 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	KETOSPRAY 26G

הפניות, אשורים ודפי מידע

210 הפניה
התייעצות מומחה: רפואה ותעסוקתית
עם ציבור
מסגרת
עם תאריך

פרטי גורם מטפל

מס ביקור



000308916818

פקס: 073-2284246

שם גורם מטפל: ד"ר שרית לריסה

ממחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

מסמך חתום
דיגיטלי

מכבי

פרטי מטפל

ח"י



0313289282

מ"י: נ

שם מטופל: חגית הודיה

ח"י: 313289282

גיל: 30 שנים

טלפון: 0509807172, 035333954

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

מדידת מנתר	לפני	עודב	צורכים	במקד	משך	הטיפול	אופן השימוש	שם התרופה
כמות ליפופ: OP 2	27/03/2025-17/04/2025	1 מנה	1 מנה	1 מנה	30 ימים	20 ימים	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום	325 mg paracetamol hcl 37.5 mg ZALDIAR
כמות ליפופ: TAB 20	27/03/2025-17/04/2025	1 מנה	1 מנה	1 מנה	30 ימים	20 ימים	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום	325 mg paracetamol hcl 37.5 mg ZALDIAR

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לנפק חלופה גבירה 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 כיום 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 שדרשויות 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 העבודה (מ. תעסוקתית)

ד"ר טייב יצחק

רופא/ה תעסוקתית/ת

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית



114290



טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284260

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

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לדה: 05/03/1995	מ.י.נ: 035333954	טלפון: 0509807172	טל. עבודה/נייד: 6020808
כתובת: 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 ימיות... 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 ויהליכה 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 - {למשך 20 ימים} 1 X 1
ROXO 150MG X 20 - {למשך 10 ימים} 1 X 2

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 מותאריך 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: וחולמת הרופא

תאריך

תאריך: 15/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאה לבריאות העובד/ת (ג. תעסוקתית)

ד"ר טייב יצחק

רופא/ה תעסוקתית/ת



114290

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284280

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

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 הנכחי 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	מידע נוסף	שמות המלצות
ETOPAN XL 800MG X 20	לבלוע 1 טבליה 1 פעם ביום, (בקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. ETOPAN XL 800MG X 20 <1 OP> [4685]
ROXO 150MG X 20	לבלוע 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/תאור	מחזור	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		



רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

תאריך ייעוץ: 21/04/2025

תעודת זהות: 313289282

פרטי מטופל: חג'מי הדיה

הופנה על ידי:

רופא מיעוץ: סלומסקי ליליה

תלונה מרכזית: בת 30, מלווה בחיטך מיוחד, אסטמה מטלת משאף לפי הצורך, אורטיקריה, מעשגת חצי קופסה ביום, מטלת 3 סוגים של אנטיביוטיקה בגלל HP 08/9 ב-2024 נפגעה בתייע, גבסה ברגל שמאל מאז התאונה סביב רגל שמאל, מתקשה לישון ובהליכה ממששכת, חוזר עם דיכוי שאמון. PD עם דיכוי שאמון ואקטואלית PD - T1 בלי ועם דיכוי שאמון, קורנליות PD הטכניקה: בצע סדרות סגטילית התווה קלינית: סגבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס? ממציאים: המניסקוס המדיאלי בעב תיקן, ללא קרע. הסחוס במדור המדיאלי שמור. המניסקוס הלטרלי בעב תיקן, ללא קרע. הסחוס במדור הלטרלי שמור. הרצועות הצלובות והקולטרליות בעב תיקן, ללא קרע. סחוס הפיקה והטרכלאה שמורים. קונטנדה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי. גדי מנגמן הישר תקינים. לסיסם: המניסקוסים בעב תיקן, ללא קרע. בדיקה- מגבלת בכיפוף ברך שמאל ללא סימני dvl הומלץ דיקור רפלקסולוגיה

חומרת התלונה: 8

אבחנה: HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE

טיפולם שאמור למטופל			
תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים ממלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		9	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדינות וחד פעמיות במקומות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההמאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מכחת מדעית כיעילה למסון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
רפלקסולוגיה		8	סללת להיצות באזורים בכפות הרגליים והידיים, המייצגים מע' שונות בגוף. מסייע במצב גוף/נפש, סגב, תלסות גניקולוגיות שונות ועוד. מתאימה לטיפול בילדים.
תזונה / צמחי מרפא		2	נטורופתיה - פתחה באיחופה. עוסקת בהתאמת תזונה, צמחי מרפא ותספי מזון לסיע במצבים רפואיים מגוונים, תוך הקניית תפיסה של אורח חיים בריא.



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

61761870



טופס

ייפוי כוח למייצג/ת

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

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד: עו"ד אריאל פרייברג
שם המייצג/ת: פרייברג אריאל
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com
כתובת: דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204
ת.ז. המייצג/ת: 066630930
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 והמוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל.

וויתור על סודיות

אני החתום מטה, שפרטי 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 שביקש על אודותי 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 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 וחתימת המייצג

חתימת המבוטח

תאריך

חתימת המייצג
חתימת המייצג, עו"ד
אריאל פרייברג
הריני מאשר את חתימת מרשמי הנ"ל

חתימת המבוטח
חתימת המבוטח

06/02/2025