

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקטרוני עלי	מין:	זכר	בטוח:	מאחדת	ת.לדה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאה 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238				

מ.ז. ט.פ.:	3159002694	הפנייה לבדיקה - EMG
------------	------------	----------------------------

הבדיקה הדרושה: **EMG אלקטרומיוגרפיה - NRG0035**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	p	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

- לדבריו היה מעורב בתאונת עבודה אשר נפגע בעמוד שדרה מותני לאחר קיבל מכת חשמל בידים מאז סובל מכאבים בעמוד שדרה מותני והקרנה לרגליים
- ב CT עמוד שדרה מותני הודגם
- להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני ללא חומר ניגוד:
- סיבת ההפניה: ביחר כאבים עם הקרנה לרגליים.
- הבדיקה בוצעה בהתאם דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.
- ממצאים:
- אין עדות לתזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
- ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.
- ללא שבר או פריקה.
- בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:
- ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L1-L2 גובה
- בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הניורופורמינות: L2-L3 גובה
- בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הניורופורמינות: L3-L4 גובה
- בלט דיסק דיפוזי ללא אפקט משמעותי על השק התקאלי, הניורופורמינות שמורות: L4-L5 גובה
- ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L5-S1 גובה

אבחנות:

- BACKACHE

שאלות לבדיקה:

רגליים

רפא/מטפל:	ד"ר מתמיד אחמד	רשיון:	38328	מ.ז. ט.פ.:	08-9527201
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:		כתובת:	שבועה 17 רהט



ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238				

סיכום ביקור

ביקור ב - 19/01/2023 12:03 אצל ד"ר אבו האני נאזם , רפואה כללית מ.ר: 132027
 ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 27/09/2022

סיבת ביקור

• העתק מ-01.01.2023: העתק מ-04.12.2022: העתק מ-20.11.2022: כאבים יד צד ימין
 אתמול נפיחות ביד צד ימין , לאחר ירידת גבס בריאותא
 כאבי גב תחתון
 קושי בשינה
 ללא הטבה עם נגד כאבים

ביום 04.12.2022
 פנה עקב כאבים גב תחתון מקרין לרגליים
 כאבים ממושככים
 כאבים בצוואר
 ללא הטבה עם נגד כאבים

ביום 19.01.2023
 כאבים ביד ימין לאחר שבר חוסר ישור אצבע ומגבלות עקב כאבים
 בבדיקה פליטה של עצם בסיס של זרד ימין.
 כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגליים
 הפרעות שינה

אבחנות

- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
- S/P FRACTURE FINGER
- electric shock s/p 09/22
- INSOMNIA UNS

אישורים

• אישור מחלה מיום 01/01/2023 עד יום 30/01/2023

דיון והמלצות

משככי כאבים לפי צורך
 מעקב רופא אורטופיד
 בכל החמרה בכאבים לפנות לבדיקת רופא זמין

 מרכז רחם אלסלם ד"ר אבי האני נאזם חתימת חתומת הרופא		רשיון: 132027	ד"ר אבי האני נאזם	רופא/מטפל:
08-9527201	טלפון:	רפואה כללית	תחום עיסוק:	
		שכונה 17 רהט	כתובת:	

www.meuhedet.co.il

ת.ז: 1323849190	שם המבוטח: אלקרימון עלי	מין: זכר	בטוח: מאחדת	ת.ל.ה: 07/09/2001
כתובת: אלסלאח 17 רהט	מיקוד: 85357	טלפון: 053-9634238		

מס. טופס: 3159003536	אישור מחלה
----------------------	-------------------

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 01/01/2023 עד יום 30/01/2023 סה"כ 30 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רופא/מטפל: ד"ר אבו האני נאדם	תש"ן: 132027	טלפון: 08-9527201
תחום עיסוק: רפואה כללית	שכונה 17 רהט	



www.meuhedet.co.il

-- רפואי אישי --



תאריך רישום: 22/01/2023
תאריך הדפסה: 22/01/2023

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאוי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.לידה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238				

סיכום ביקור

ביקור ב - 22/01/2023 17:59 אצל ד"ר אלקרינאוי ג'ברין , רפואה פנימית מ.ר. 120792
ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 27/09/2022

סיבת ביקור

העתק מ-19.01.2023: העתק מ-01.01.2023: העתק מ-04.12.2022: העתק מ-20.11.2022:
כאבים יד צד ימין

אתמול נפוחות ביד צד ימין , לאחר ירידת גבס בריאותא

כאבי גב תחתון

קושי בשינה

ללא הטבה עם נגד כאבים

ביום 04.12.2022:

פנה עקב כאבים גב תחתון מקרין לרגליים

כאבים ממושכים

כאבים בצוואר

ללא הטבה עם נגד כאבים

ביום 22.01.2023:

כאבים ביד ימין לאחר שבר חוסר ישור אצבע ומגבלות עקב כאבים

בבדיקה פליטה של עצם בסיס של זרד ימין.

כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגליים

הפרעות שינה

אבחנות

- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
- S/P FRACTURE FINGER
- electric shock s/p 09/22
- INSOMNIA UNS

תרופות

- OPTALGIN 500MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 10 days 1 O.P.(15%)

דיון והמלצות

משככי כאבים לפי צורך

מעקב רופא אורטופיד

מרשם חפא

ת.ז: 1323849190	שם המבוטח: אלקרימאני עלי	מין: זכר	בטוח: מאוחדת	ת.לדה: 07/09/2001
כתובת: אלסלאח 17 רהט	מיקוד: 85357	טלפון: 053-9634238		

15%	OPTALGIN 500MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 10 days (DIPYRONE) הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	1557	 120792 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 22/01/2023 עד תאריך: 05/02/2023 מס מרשם-1  17580100 ת. מרשם-2  2201230077
	XXXXXXX		
	XXXXXXX		
	XXXXXXX		מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני יאחרי תאריך המרשם ובלבד שעבור 25 ימים מהרישום האחרונה
	XXXXXXX		בדיעתי במידה וקיים פריט גבי, מושהא בית המרקחת לספק תרופה גמריה זהה שאושרה על ידי חקופה
	XXXXXXX		השתתפות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משעור האגרה שבתוקף
	XXXXXXX		אני החותם משה מחזילה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נחקקו מתמרשם בנוכחותי ת.ז. וחותמה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפוא/מטפל: ד"ר אלקרימאני ג'ברין	רשום/עיסוק: רפואה פנימית	טלפון: 08-9527201	תאריך: 120792
כתובת: שכונה 17 רהט			



ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאוי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.ל.יד:	07/09/2001
כתובת:		אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238			

סיכום ביקור

ביקור ב - 26/01/2023 17:50 אצל ד"ר אלקרינאוי ג'ברין , רפואה פנימית מ.ר. 120792
 ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- כאבים יד צד ימין
- כאבים בצוואר מקרין לידיים
- כאבי גב תחתון מקרין לרגליים
- קושי בשינה
- ללא הטבה עם נגד כאבים
- קושי בפעילות יום יומית

בדיקה גופנית

- יד צד ימין מעט נפיחות , רגישות , ללא הגבלה בתנועה
- גב כאבים בזמן כיפוף
- צוואר סימטרי כאבים בזמן ההנעה

אבחנות

- electric shock s/p 09/22
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
- BACKACHE
- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)

טיפול אחיות

- זריקה/מתן תרופה ABITREN TEVA 75MG/3ML 10AMP

הפניות למכונים

- CT עמוד שדרה צווארי

דיון והמלצות

- מצב כללי טוב
- משככי כאבים לפי צורך
- טיפול לפי מרשם
- בכל החמרה בכאבים לפנות לבדיקת רופא זמין
- מעקב רופא אורטופיד



טלפון: 08-9527201

שכונה 17 רהט

כתובת:

www.meuhedef.co.il

ת.ד. 1323849190	שם המבוטח:	אלקריבאוי עלי	מין:	זכר	בטוח:	מאחדת	ת.ד. 07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238		

מס. סוף:	3159003734
----------	------------

בתוקף מ: 26/01/2023
עד: 27/03/2023

הבדיקה הדחשה: CT עמוד שדרה צווארי - CT10024

תלונות החולה:

- כאבים יד צד ימין
- כאבים בצוואר מקרין לידים
- כאבי גב תחתון מקרין לרגליים
- קושי בשינה
- ללא הטבה עם נגד כאבים
- קושי בפעילות יום יומית

בדיקה גופנית:

- יד צד ימין מעט נפיחות, רגישות, ללא הגבלה בתנועה
- גב כאבים בזמן כיפוף
- צוואר סימטרי כאבים בזמן התנעה

אבחנות:

- BACKACHE
- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)
- electric shock s/p 09/22
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

רפוא/מטפל:	ד"ר אלקריבאוי גברין	רשיון:	120792
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	08-9527201
כתובת:	שמונה 17 רהט		



0 0 0 4 0 4 1

קבלה

*** מקור ***

לכבוד

עלי

אלקריבא

רחט אלסלאח

18:19:51 30/01/23 : תאריך
000240117 : לקוח
: סוכן

: סוכן
11858 : מס קופה : 11858
שם קופה : ק.משנית רחט ג'

ת.ז. : 132384919

סכומים ב- שקלים

השומות מכוני חיצוניים

! אמצעי תשלום!	חשבון	- סניף - בנק! אסמכתא ! ת' פרעון !	סכום	!
! כרטיס אשראי!			36.50! 30/01/23 ! 9000007 !	!
			סה"כ 36.50!	!

חתימת פקיד

חתימת החבר

18:19 30/01/23	: תאריך ושעת העסקה
יורוקרד מסטרקארד	: שם כרטיס
*****4360	: מספר כרטיס
197444	: מספר שובר
23013018194890133852204	: UID
3030184484	: RRN
20230130554898	: X שדה
חירוב	: סוג עסקה
7448491	: מספר אישור
חברת אשראי	: גורם מאשר
ידני	: אופן ביצוע העסקה
רגיל	: סוג אשראי
36.50	: סכום העסקה
ש"ח	: מטבע
36.50	: סה"כ לתשלום

טלפון :

חתימת לקוח :

18:19 30/01/23	תאריך ושעת העסקה :
יורוקרד מסטרקרד	שם כרטיס :
*****4360	מספר כרטיס :
197444	מספר שובר :
23013018194890133852204	: UID
3030184484	: RRN
20230130554898	שדה X:
חיוב	סוג עסקה :
7448491	מספר אישור :
חברת אשראי	גורם מאשר :
ידני	אופן ביצוע העסקה :
רגיל	סוג אשראי :
36.50	סכום העסקה :
ש"ח	מטבע :
36.50	סה"כ לתשלום

קבלה ללקוח

תפריט ראשי

חזור

באר שבע - EMG + ברה

חזור לשיוני/ביטול התור

התור ל 14/02/23 13:10:00 נקבע
בהצלחה

מבצעים אבחונים באמצעות הציוד המתקדם והחדשני שבמקום ואף מספקים חוות דעת רפואיות משפטיות
בתחום הנירולוגיה והאורולוגיה.
ווצות הרפואי שלנו ישמח לעמוד לשירותכם, להעניק לכם ייעוץ רפואי,
תוך דגש על יחס אישי ושירותי מקצועי וסבלני.

תחומי טיפול



ת.ז. 1323849190	שם המטופל	אלקריטאני עלי	מ.ז. 07/09/2001	ת.ד. 053-9634238
כתובת	אילנאח 17 רהט	מיקוד 85357	טלפון	



בוחקף מ: 26/01/2023
עד: 27/03/2023

הבדיקה הדרושה: CT עמוד שדרה צווארי - CT10024

מלכות החולה:

- כאבים יד צד ימין
- כאבים בצוואר מקרין לידיים
- כאבי גב תחתון מקרין לרגליים
- קושי בשינה
- ללא הטבה עם נגד כאבים
- קושי בפעילות יום יומית

בדיקה גופנית:

- יד צד ימין מעט נפיחות, רגישות, ללא הגבלה בתנועה
- גב כאבים בזמן כיפוף
- צוואר סימטרי כאבים בזמן ההנעה

אבחנות:

- BACKACHE
- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)
- electric shock s/p 09/22
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

ת.ז. 120792	שם המטופל	ד"ר אלקריטאני גבריין	מ.ז. 08-9527201	טלפון
כתובת	רפואה פנימית	שכונת 17 רהט		



** מאוחדת **

תאריך הפקה: 6/02/2023
תאריך הדפסה: 6/02/2023

1:9ד

אל: מ.א.ר באר שבע

התחייבות כספית למכון/מעבדה

מספר 721760961

פרטי המבוטח/ת

ת.ז מבוטח: 0-32384919 1
שם המבוטח: אלקרינאוי עלי
כתובת: אלסלאח 17 רהט

תאריך לידה: 7/09/2001
טלפונים: 053-9634238 053-9634238
מיקוד: 85357

המבוטח/ת מופנה/ת אליכם לטיפול לתאריך 6/02/2023
בהתאם לפירוט הבא:

שם הבדיקה/טיפול

דט מחיר לנבדק

נותן השירות

שם ספק: מ.א.ר באר שבע
כתובת: בן צבי יצחק 7
טלפונים: *5867
ימי קבלה: בתאום בראש

84893
פקס: 03-6239600

באר שבע

גורם מפנה

רופא קופה

אבו האני נאזם

רשיון: 132027

יש להגיע עם כרטיס מגנטי לקבלת הבדיקה/טיפול

זקוף התחייבות זו עד תאריך 9/04/2023

מפיק ההתחייבות: סומיה אלקרינאוי

לבירורים ושאלות ניתן לפנות למרפאת רהט ג' אלסלאח
בטלפון: 08-9527201

מחשם חפא

ת.ז: 1323849190		שם המבוטח:		אלקטרוניקה עלי	
כתובת:		אלסנאח 17 רהט		תל.ז: 053-9634238	
ת.ז: 07/09/2001		ת.לידה:		מאוחדת	
מספר:		85357		מספר:	
15%		ZALDIAR 37.5MG/325MG 20TAB PO 1 TAB X 3/day for 10 days (PARACETAMOL, TRAMADOL)		6007	
		הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם		1-O.P.	
15%		ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 4/day for 20 days (PARACETAMOL, CODEINE, CAFFEINE)		72116	
		הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם		3-O.P.	
		XXXXXX			
		XXXXXX			
		XXXXXX			
				מחשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרישום האחרון. בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זוהי שאושרה על ידי תקופה. ראשיתנות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משקור האגרה שבאותו מקרה. אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם בטעות. ת.ז. חתימה תאריך קבלה	
לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.					
רפוא/מטפל:		ד"ר אבו אלעסל אופסא		תל.ז: 08-9527291	
תחום נוסף:		רפואה כללית		תל.ז: 161131	
כתובת:		שכונת 17 רהט		תל.ז: 08-9527291	



07/09/2001	ת.לדה:	מאוחדת	ביטוח:	זכר	מין:	אלקרינאוי עלי	שם המבוטח:	1323849190	ת.ד.
053-9634238	טלפון:	85357	מיקוד:	אלסלאח 17 רהט	כתובת:				

סיכום ביקור

ביקור ב - 06/02/2023 17:30 אצל ד"ר אבו אלעסל אוסמא , רפואה כללית מ.ר. 161161
 ביקור נוסף עם כרטיס
 סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- פנה עקב כאבים גב תחתון מקרין לרגליים
 כאבים ממושכים
 כאבים בצוואר
 ללא הטבה עם נגד כאבים

בדיקה גופנית

- יד צד ימין מעט נפיחות , רגישות , ללא הגבלה בתנועה
 גב כאבים בזמן כיפוף
 צוואר סימטרי כאבים בזמן ההנעה

אבחנות

- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
- elactic shock s/p 09/22
- BACKACHE
- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)

תרופות

- ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 4/day for 20 days 3 O.P.(15%)
- ZALDIAR 37.5MG/325MG 20TAB PO 1 TAB X 3/day for 10 days 1 O.P.(15%)

דיון והמלצות

משככי כאבים לפי צורך
 מעקב רופא אורטופיד
 בכל החמרה בכאבים לפנות לבדיקת רופא זמין

רפא/מספד:	ד"ר אבו אלעסל אוסמא	רשין:	161161
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	08-9527201
כתובת:	שכונה 17 רהט	חתימה וחומת הרופא	

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאי עליק יוסף	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.ל.ד:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקור:	85357	טלפון:	053-9634238			

סיכום ביקור

ביקור ב - 09/02/2023 14:56 אצל ד"ר מהאמיד אחמד , אורתופדיה מ.ר: 38328
 ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 27/09/2022

סיבת ביקור

- לדבריו היה מעורב בתאונת עבודה אשר נפגע בעמוד שדרה מותני לאחר קיבל מכת חשמל בידיים מאז סובל מכאבים בעמוד שדרה מותני והקרנה לרגליים ב CT עמוד שדרה מותני הודגם להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני ללא חומר ניגוד: סיבת ההפניה: בירור כאבים עם הקרנה לרגליים. הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים ממצאים: אין עדות לתזוזות או שינויים הרסניים בחוליות. ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות. ללא שבר או פריקה. בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים: ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L1-L2 גובה בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הנוירופורמינות. L2-L3: גובה בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הנוירופורמינות. L3-L4: גובה בלט דיסק דיפוזי ללא אפקט משמעותי על השק התקאלי, הנוירופורמינות שמורות. L4-L5: גובה ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L5-S1 גובה עדיין כאבים בעמוד שדרה מותני והקרנה לרגליים כאבים בעמוד שדרה גבי

בדיקה גופנית

- מערכת שלד : הגבלה בתנועות בעמוד שדרה גבי ומותני זרמים ברגליים

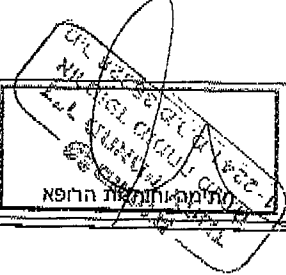
אבחנות

- BACKACHE
- ACCIDENT

דין והמלצות

לאור מצבו והגבלה בתנועות

להימנע מכל עומס על גב
להימנע מהרמת חפצים כבדים
זרמים ברגליים
ממתין ל EMG רגליים
נוגדי כאבים

		רשיון: 38328	רופא/מטפל: ד"ר מחאמיד אחמד
		טלפון: 08-9527201	תחום עיסוק: אורתופדיה
			כתובת: שכונה 17 רהט

www.meuhedet.co.il

ת.ד. 1323849190	שם המבוטח:	אלקרימני עלי	מין:	זכר	בטוח:	מאוחדת	תלידה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238			

מס. טופס 3159003981	הפניה לפיזיותרפיה
------------------------	--------------------------

חבריקה חדשה: פזיותרפיה - PRG0017

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	כן	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	----	--------------------	----

תלונות החולה:

- לדבריו היה מעורב בתאונת עבודה אשר נפגע בעמוד שדרה מותני לאחר קיבל מכת חשמל בידיים מאז סובל מכאבים בעמוד שדרה מותני והקרנה לרגליים ב CT עמוד שדרה מותני הודגם להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני ללא חומר ניגוד: סיבת ההפניה: בירור כאבים עם הקרנה לרגליים. חבריקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים. ממצאים: אין עדות לתחזות או שינויים הרסניים בחוליות. ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות. ללא שבר או פריקה. בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים: ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L1-L2 גובה בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הנירפורמיטות: L2-L3 גובה בלט דיסק דיפוזי גורם לאפקט מסה במידה קלה על השק התקאלי ללא היצרות של הנירפורמיטות: L3-L4 גובה בלט דיסק דיפוזי ללא אפקט משמעותי על השק התקאלי. הנירפורמיטות שמורות: L4-L5 גובה ללא בלט או בקע דיסק משמעותי: L5-S1 גובה עדיין כאבים בעמוד שדרה מותני והקרנה לרגליים כאבים בעמוד שדרה גבי

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד: הגבלה בתנועות בעמוד שדרה גבי ומותני זרמים ברגליים

אבחנות:

- ACCIDENT
- BACKACHE

שאלות לבדיקה:

גב

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

חפא/מטפל:	ד"ר מאמיר אהמד	רשיון:	35328
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	08-9527201
כתובת:	שכונה 17 רהט		



מחשבת חפא

ת.ד. 1323849190	שם המטופל: אלקריאני עלי	מ.ק. זכר	בטוח	מאחדת	ת.ד. 07/09/2001
חברת	אלסלאח 17 רהט	מיקוד 85257	פולין	053-9634238	

PERCOCET 10MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 30 days (PARACETAMOL, OXYCODONE) שם התרופה: פרקוסט עשרה מ"ג עשירים כדורים מינון: כדור אחד פעמיים ביום למשך שלושים ימים בסך הכל ששים כדורים 60 ימים הנחה במאחדת פארם ובב"מ בהסכם המבוטח/ת ברי בריא אסמכתא לרישום התרופה לטיפול כרוני ממושך אבחנה לרישום התרופה: CHRONIC PAIN ליים קבלת התרופה בבית המרקחת אינו הבא/י אישור תעודת זהות שלך. הנעידה והיך לוקחת את התרופה עבור אדם אחר יש להביא גם את תעודת זהות שלו/ה הערת מרשם - היפוק באמצעות מאגר המרשמים הממוחשב של הקופה.	120792 רשיון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מועד רישום: 13/02/2023 עד תאריך: 27/02/2023 מס מרשם-1 19410102 ת. מרשם-2 1302230074 בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי. מנחשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה תשתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות והמפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם במסגרת חב"ה. וחתימה תאריך קבלה:
---	--

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות רבות המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפואת מטופל	ד"ר אלקריאני לברין	רשיון 120792
חומר עיסוק	רפואה פנימית	טלפון 08-9527201
מלחמה	שכונה 17 רהט	



מרשם חפא

ת.ז. 1323849190	שם המטופל: אלקרימאני עלי	מין: זכר	מספר: 85357	ת.ל.י. 07/09/2001
כתובת: אלסלאח 17 רהט	מספר: 053-9834238	מיקוד: 85357	טלפון: 053-9834238	ת.ל.י. 07/09/2001

15%	PERCOCET 10MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 30 days (PARACETAMOL, OXYCODONE) שם התרופה: פרקוסט ונשרה מ"ג עשירים כדורים מינון: כדור אחד פעמיים ביום למשך שלושים ימים בסך הכל ששים כדורים הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם בודדים 60 המבוטח/ת באנקב שלי אסמכתא לרישום התרופה: לטיפול כחני ממושך אבחנה לקישור: CHRONIC PAIN לשם קבלת התרופה בבית המרקחת אנא הבא/י איתך תעודת זהות שלך. במידה והינך לוקח/ת את התרופה עבור אדם אחר יש להביא גם את תעודת זהות שלו/ה העתק מרשם - הניפוק באמצעות מאגר המרשמים הממוחשב של הקופה.	120792 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 13/02/2023 עד ותאריך: 27/02/2023 מס מרשם-1 19410102 ת. מרשם-2 1302230074
	העתק לרוקח	בדיעבד במידה וקיים פריט גנאי, מותרת בית המרקחת לספק תרופה גנאית זוהי שאשרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משערי האגרה שבתוקף אני הוחתם מטה מצהיר/ת כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נחתקו מהמרשם בניכוחות ת.ז. חתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבית המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפוא/מטפל:	ד"ר אלקרימאני ג'אבין	ת.ז. 120792
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון: 08-9327201
כתובת:	שכונה 17 רהט	



ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאוי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לדה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	053-9634238				

סיכום ביקור

ביקור ב - 13/02/2023 19:41 אצל ד"ר אלקרינאוי לברין , רפואה פנימית מ.ר: 120792
 ביקור נוסף עם כרטיס
 סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- כאבים יד צד ימין
 כאבי גב תחתון מקרין לרגליים
 קושי בשינה
 ללא הטבה עם נגד כאבים
 קושי בפעילות יום יומית

בדיקה גופנית

- יד צד ימין מעט נפיחות , רגישות , ללא הגבלה בתנועה
 גב כאבים בזמן כיפוף
 צוואר סימטרי כאבים בזמן ההנעה

אבחנות

- electric shock s/p 09/22
- BACKACHE
- ACCIDENT
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

תרופות

- PERCOCET 10MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 30 days 60 Total(15%)

דיון והמלצות

מצב כללי טוב
 משככי כאבים לפי צורך
 טיפול לפי מרשם
 בכל החמרה בכאבים לפנות לבדיקת רופא זמין
 מעקב רופא אורטופיד

רופא/מטפל:	ד"ר אלקרינאוי ג'ברין	רשום:	120792
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	08-9627201
כתובת:	שכונה 17 רהט	חתימה וחותמת הרופא	

ת.ד. 1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאוי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	07/09/2001
כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	050-9634238			

סיכום ביקור

ביקור ב - 15/03/2023 18:55 אצל ד"ר אלקרינאוי ג'ברין , רפואה פנימית מ.ר. 120792
 ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

פנה עקב החמרה בכאבי יד צד ימין
 כאבי גב תחתון מקרין לרגליים
 קושי בשינה
 ללא הטבה עם נגד כאבים
 קושי בפעילות יום יומית

אבחנות

• CERVICALGIA (PAIN IN NECK)

תרופות

• PERCOCET 10MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 30 days 60, Total(15%)

מרפאה רמת אלסלאח ד"ר אלקרינאוי ג'ברין מוסמך ברפואה פנימית מ.ר. 120792 מ.ר.מ. 34484	120792 08-9527201	רופא/מטפל: ד"ר אלקרינאוי ג'ברין תחום עיסוק: רפואה פנימית שכונה 17 רהט כתובת:
---	----------------------	---

מכתש רפא

ת.ד. 1323849190	שם המטופל:	אלקרינאני עלי	מספר:	85357	מספר:	07/09/2001
כתובת:	אליסלח 17 רהט	מספר:	050-9634238	מספר:	85357	מספר:

PERCOCET 10MG 20TAB
PO 1 TAB X 2/day for 30 days
(PARACETAMOL, OXYCODONE)

89257

שם התרופה: פרוקסט עשרה מ"ג עשרים כדורים
מינון: כדור אחד פעמיים ביום למושב שלושים ימים בסך הכל ששים כדורים

הנחה במאחדת פארם ובמ"מ בהסכם

60 ימים

המבוטח/ת במעקב ועל

אסמכתא לרשום התרופה לטיפול כרוני ממושך

אבחנה לרשום תרופה: CHRONIC PAIN

15%

לשם קבלת התרופה בבית המרקחת אנא הבא/י איתך תעודת זהות שלך.
במידה והינך לוקח/ת את התרופה עבור אדם אחר
יש להביא גם את תעודת זהות של/ה

העתק מכתש - הניפוק באמצעות מאגר המרשמים הממוחשב של הקופה.

בדיעבד: במידה וקיים פריט גנרי, מותרת בית המרקחת לספק תרופה
גנרית זוהי שאומרה על ידי הקופה
השתתפות המבוטח/ת בגובה התשלום במתןם ולא פחות משיעור
האגרה שבחוק
אני וחתמתי מטה מצהירים כי קיבלתי את התרופות הנלוותות
במתןם זה. תרופות שלא סופקו בחוקי מתנתם במסגרת
ת.ד. וחתמתי
מאריך קבלה

ניפוק תרופות בבית המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.
לתשומת לבכם!



120792

03-9327201



חליש חפא

07/09/2001	תאריך	מאחדת	בטוח	זכר	מין	אלקרינאני עלי	שם המבוטח	1323849190
050-9634238	טלפון	35357	מיקוד			אלסלאח 17 רהט	כתובת	

PERCOCET 10MG 20TAB
PO 1 TAB X 2/day for 30 days
(PARACETAMOL, OXYCODONE)

89257

שם התרופה: פרקוסט נשירה מ"ג עשירים כדורים
מינון: כדור אחד פעמיים ביום למשך שלושים ימים בסך הכל ששים כדורים

תוחה במאחדת פאים יבב"מ בהסכם

חודשים 60

המבוטח/ית במעקב שלי

אסמכתא להשום התרופה לטיפול כח ממושך

אבחנה להשום (הספה) CHRONIC PAIN

לשם קבלת התרופה בבית המרקחת אנו הבא/י אינך תעודת זהות שלך.
במידה והינך לוקח/ת את התרופה עבור אדם אחר
יש להביא גם את תעודת זהות של/ה

העתק מראש: היפוק נאמצעות מאגר המרשמים הממוחשב של הקופה.

העתק לרוקח



120792

רשיון חפא

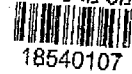
הדפסה מספר 1

תוקף המרשם

מועריך: 15/03/2023

עד תאריך: 29/03/2023

מס מרשם 1-



18540107

ת. מרשם 2-



1503230077

בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מרשה בית המרקחת לספק תרופה
גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

השתתפות המבוטח/ת בגובה ההשום במרשם ולא פחות משיעור
המאגרה שבחוקף

אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות.
במרשם זה. תרופות שלא סופקו נחקו מחמתם בנכחותי
ת.ד. צונית

תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק ותרופות רבות המרקחת יבצע יום כרטיס מגנטי בלבד.



120792

רשיון

08-9527201

טלפון

ד"ר אלקרינאני ג'ברין

רופא/מטפל:

רפואה פנימית

תחום עיסוק:

שכונה 17 רהט

כתובת:



07/09/2001	ת.לידה:	מאוחדת	ביטוח:	זכר	מין:	אלקרינאני עלי	שם המבוטח:	1323849190	ת.ז.
050-9634238	טלפון:	85357	מיקוד:	אלסלאח 17 רהט	כתובת:				

סיכום טיפול

ביקור ב - 16/03/2023 12:33 אצל ד"ר שומייקו אולג , פסיכיאטריה מ.ר: 34419
 ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - טיפול/יעוץ

פגישת מיון / אינטיק

מקורות הפניית מבוטח : פניה עצמית

ההתערבות שנעשתה:

99242 - בדיקת הערכה ואבחון: בדיקת איבחון (אינטיק) אישי / הערכה ראשונית

סיבת פנייה

מצוקה נפשית

תלונות עיקריות / הסטוריה של מחלה נוכחית:

בן 21, מתגורר ברהט, עם בני משפחתו. לא מוכר למערכת הפסיכיאטרית.
 לפני כחצי שנה התחשמל במהלך עבודתו, נפל, יש פריצות דיסקים. מאז, מקבל משככי כאבים. חלו שינויים במצבו - לא מצליח לישון, מפחד לגעת במוצאי חשמל, לא מסוגל לעשות דברים. סובל מכאבים ונוטל תרופות רבות למשככי הכאבים.
 אנמנזה:

בבדיקה - בהכרה מלאה. נראה מסודר בהופעתו החיצונית. יוצר קשר עין. אפקט אוטימי, מלא. יציב. ללא הפרעות במהלך החשיבה. לא מביע מחשבות שווא. מתאר שחושש להכניס מוצרי חשמל כדי לא לקבל שוב את המכה. שולל הזיות ומחשבות אובדניות. שיפוט שמור

אבחנות

- M.P. ADJUSTMENT REACTION WITH MIXED EMOTIONAL FEATURES
- INSOMNIA UNS

תרופות

- NOCTURNO FORTE 7.5MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days 30 Total(15%) X 3
- RELAXINE GSL 500MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days 1 O.P.(70%) X 3

רפוא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג	רשום: 34419
תחום עיסוק: פסיכיאטריה	טלפון: 052-5248050
כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע	תחומי מחויבות הרופא

07/09/2001	ת.לדה:	מאוחדת	זכר	מין:	אלקריבאוי עלי	שם המבוטח:	1323849190
050-9634238	טלפון:	85357	מיקום:		אלסלאח 17 רהט	כתובת:	

סיכום ביקור

ביקור ב - 16/03/2023 12:33 אצל ד"ר שומייקו אולג , פסיכיאטריה מ.ר. 34419
 ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - טיפול/יעוץ

היערכות לקראת טיפול

החלטות צוות ברה"נ

מוזמן לביקור חוזר

הערות

מדובר בגבר צעיר עם רמת תפקוד מלאה עד לאירוע טראומתי לפני כחצי שנה. עקב הנפילה סובל מכאבים ובעיות אורתופדיות, מקבל מינונים גבוהים של משככי כאבים.
 בנוסף - מתאר פחדים וקשיי שינה.
 שולל צריכת חומרים פסיכו אקטיביים.
 בבדיקה כעת לא התרשמתי מסימנים פסיכוטיים פעילים או אפקטיביים מגורמים. חשם של תגובה הסתגלותית לאירוע טראומתי.

בשלב זה סוכם על תחילת טיפול לקשיי שינה
 נתחיל בשתי תרופות

- יש ליטול RELAXINE 500 מג - כדור אחד לפני שינה

- יש ליטול NOCTURNO 7.5 מג לפני שינה

ביקורת בעוד 3 חודשים

אבחנות

- M.P. ADJUSTMENT REACTION WITH MIXED EMOTIONAL FEATURES
- INSOMNIA UNS

תרופות

- NOCTURNO FORTE 7.5MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days 30 Total(15%) X 3
- RELAXINE GSL 500MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days 1 O.P.(70%) X 3

רופא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג

תחום עיסוק: פסיכיאטריה

כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע

רשיון: 34419

טלפון: 08-6248009

לחתימה: חתמת הרופא

מרשם רופא

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאני עלי	מין:	זכר	בטוח:	מאחדת	ת.לדה:	07/09/2001
כתובת:		כתובת:	אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	050-9634238		

15%	NOCTURNO FORTE 7.5MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (ZOPICLONE) 33365 הנחה במאחדת פארם ובבי"מ בהסכם	בזדדים 30  034419 רישיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 16/03/2023 עד תאריך: 30/03/2023
	XXXXXX	מס מרשם 1-  12330408
	XXXXXX	ת. מרשם 2-  1603230020
	XXXXXX	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן ללבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה
	XXXXXX	בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

XXXXXX	השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף
XXXXXX	אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמתקן מהמרשם במכחתי ת.ז. ותתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.	
רופא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג תחום עיסוק: פסיכיאטריה כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע	רישיון: 34419 טלפון: 08-6248000

מרשם רופא

07/09/2001	ת.לדה:	מאוחדת	ביסות:	זכר	מין:	אלקריבאני נלי	שם המבוטח:	1323849190	ת.ז:
050-9634238	טלפון:	85357	(מיקוד):			אלסלאח 17 רהט	כתובת:		

70%	RELAXINE GSL 500MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (VALERIAN) הנחה במאוחדת פארם ובבי"מ בהסכם	87164	1 - O.P.
	XXXXXX		
	XXXXXX		
	XXXXXX		
	XXXXXX		

ת.ז. 1323849190 034419 רישיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם** מתאריך: 15/04/2023 עד תאריך: 29/04/2023 Rpt: 2 מס מרשם-1 12330211 ת. מרשם-2 1603233027	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו במחקי מהמרשם בנוכחותי ת.ז. וחתומה תאריך קבלה
---	--

** מרשם מיוחד לרכישה לשלושה חודשים. תוקף המרשם מתאריך 16/03/2023 עד תאריך 29/04/2023 ניתן לרכישה לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.
לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רופא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג תחום עיסוק: פסיכיאטריה כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע מליפון: 08-6248600 חתימה וחותמת הרופא	רישיון: 34412 ת.ז. 08-6248600
---	----------------------------------

מרשם רופא

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאו עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.לידה:	07/09/2001
כתובת:		אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	35357	טלפון:	050-9634238			

15%	NOCTURNO FORTE 7.5MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (ZOPICLONE) הנחה במאחדת כארם ובבי"מ בהסכם	33355	בודדים 30  034419 רישיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 15/04/2023 עד תאריך: 29/04/2023 Rpt: 2
	XXXXXXX		מס מרשם 1-  12330514 ת. מרשם 2-  1603233027
	XXXXXXX		מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה בדיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מרשם בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה
	XXXXXXX		השתתפות המבוטח/ת בגובה הרשום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני מחתום מטה מצהירה כי קיבלתי את התרופות. המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם במכחזתי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רופא/מטפל:	ד"ר שומייקו אולג	רשיון:	34419	 חתימה וחותמת הרופא
תחום עיסוק:	פסיכיאטריה	טלפון:	08-6248000	
כתובת:	בן צבי יצחק 9 באר שבע			

מרשם רופא

ת.ז:	1323849190	שם המבוטח:	אלקרינאוי עלי	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.ל.ד:	07/09/2001
כתובת:		אלסלאח 17 רהט	מיקוד:	85357	טלפון:	050-9634238			

70%	RELAXINE GSL 500MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (VALERIAN) 87164 הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	1-O.P. XXXXXX
	XXXXXX	XXXXXX
	XXXXXX	XXXXXX
	XXXXXX	XXXXXX
	XXXXXX	XXXXXX

מס מרשם 1- 034419 רישיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם** מתאריך: 15/05/2023 עד תאריך: 29/05/2023 Rpt: 3
מס מרשם 2- 12330328 ת. מרשם 1603236024
מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות נפחיות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי. מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם במכחותי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה

** מרשם מיוחד לרכישה לשלושה חודשים. תוקף המרשם מתאריך 16/03/2023 עד תאריך 29/05/2023 ניתן לרכישה לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.
לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד

רופא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג תחום עיסוק: פסיכיאטריה כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע טלפון: 38-6248000 רישיון: 34719 חתימה וחותמת הרופא

מרשם רופא

07/09/2001	ת.ל.ידה:	מאוחדת	ביטוח:	זכר	מין:	אלקריגאני עלי	שם המבוטח:	1323849190	ת.ז.:
050-9634238	טלפון:	85357	מיקוד:			אלסלאח 17 רהט	כתובת:		

15%	NOCTURNO FORTE 7.5MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (ZOPICLONE)	33365	 034419 רישיון רופא
	הנחה במאוחדת פארם ובבי"מ בהסכם בחדדים 30		הדפסה מכפר 1 תוקף המרשם מתאריך: 15/05/2023 עד תאריך: 29/05/2023 Rpt: 3
	XXXXXX		מס מרשם - 1  12330621
	XXXXXX		ת. מרשם - 2  1603236024
	XXXXXX		מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה
	XXXXXX		בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זוהי שאושרה על ידי הקופה
	XXXXXX		השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף
	XXXXXX		אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות, המפורטות במרשם זה, תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם במוכחותי ת.ז. ותתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.	
רופא/מטפל: ד"ר שומייקו אולג תחום עיסוק: פסיכיאטריה כתובת: בן צבי יצחק 9 באר שבע	רשיון: 34419 טלפון: 03-6248000 חתימה ותעמת הרופא

-- רישוי אישי --



תאריך רישום: 16/03/2023
תאריך הדפסה: 16/03/2023

מרשם רופא

07/09/2001	ת. לידה:	מאוחדת	ביטוח:	זכר	מין:	אלקרינאוי עלי	שם המבוטח:	1323849190	ת.ז.
050-9634238	טלפון:	85357	מיקוד:			אלסלאח 17 רהט	כתובת:		

70%	RELAXINE GSL 500MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days (VALERIAN)	87164	הנחה במאוחדת פארם ובב"מ בהסכם	1 - O.P.	 034419 רישיון רופא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם** מתאריך: 16/03/2023 עד תאריך: 30/03/2023 מס מרשם 1-  12330104 ת. מרשם 2-  1603230020 מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרכישה האחרונה בידיעות במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה השתתפות המבוטח/ת בגובה הרישום במרשם ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות, המפורטות במרשם זה, תרופות שלא סופקו במחלק מהמרשם במכחולי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה
	XXXXXX				
	XXXXXX				
	XXXXXX				
	XXXXXX				

** מרשם מיוחד לרכישה לשלושה חודשים. תוקף המרשם מתאריך 16/03/2023 עד תאריך 30/03/2023
ניתן לרכישה לשלושה חודשים מראש ברשת מאוחדת פארם.

לתשומת לבכם! ניפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רופא/מטפל:	ד"ר שומייקו אולג	רשיון:	34419	חתימה וחוקמת הרופא
תחום עיסוק:	פסיכיאטריה	טלפון:	08-6248000	
כתובת:	בן צבי יצחק 9 באר שבע			

www.meuhedet.co.il

ת.ז. 1323849190	שם המבוטח	אלקריטאני עלי	מין	זכר	בטח	מאחדת	ת.ז. 07/09/2001
כתובת	אלסלאח 17 רהט	מיקר	65357	טלפון	050-9634238		

מ.ט. 3159004492	הפניה לטיפול אחות
-----------------	-------------------

סוג הטיפול:

• זריקה/מתן תרופה אופן מתן I.M. עם:

ABITREN TEVA 75MG/3ML 10AMP 75 MG

תלונות החולה:

• פנה עקב החמרה בכאבי יד צד ימין

כאבי גב תחתון מקרין לרגליים

קושי בשינה

ללא הטבה עם נגד כאבים

קושי בפעילות יום יומית

אבחנות:

- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)
- elactric shock s/p 09/22
- INSOMNIA UNS

רפוא מטפל:	ד"ר אלקריטאני ג'ברין	רשיון:	120792
תחום עיסוק:	רפואה פנימית	טלפון:	08-9527201
כתובת:	שכונת 17 רהט		

תאריך	שעה	שם האחוז	ממצאים



SHAY FREIMAN, MD.

ORTHOPAEDIC SURGEON

42 Gilboa St. Haifa

Tel: 04-8225051, Fax: 04-8235545

ד"ר שי פריימן

מומחה בכירורגיה אורתופדית

רח' גלבוה 42, מרכז זיו, חיפה

טל' 04-8225051, פקס 04-8235545

23.5.2024

חוות דעת רפואית

אני, החתום מטה, נתבקשתי על ידי **כבוד השופטת רחל גרוס** בתיק **ב"ל 7492-11-23** בבית הדין האיזורי לעבודה באר שבע לחוות את דעתי המקצועית, בשאלת מצבו הרפואי של **מר עלי אלקרנאוי ת"ז 323849190** אני נותן חוות דעת זו במקום עדות בשבועה ובבית המשפט, ואני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, דין חוות דעתי זו, כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

פרטי השכלתי וניסיוני:

- בוגר ביה"ס לרפואה של הטכניון, חיפה משנת 1989.
- בעל תואר דוקטור לרפואה משנת 1989, רישיון נס"י 27016.
- מומחה בכירורגיה אורתופדית, רישיון מומחה מס' 19467.
- רישיון אמריקאי לעסוק ברפואה ECFMG מס' 0-434-580-7.
- תת התמחות קלינית בניתוחי עמוד שדרר ב: Southern Illinois University School of Medicine Springfield, Illinois, USA. 2000-2001
- רופא בכיר בבית החולים נהריה.

פרטי התובע:

מר עלי אלקרנאוי ת"ז 323849190.
יליד 7.9.2001.

פרטי המקרה ועובדות מוסכמות:

- עבד בחנות נוחות.
- ביום 26.9.2022 קיבל זרם חשמלי כאשר הוציא טוסטר מהחשמל.

מסמכים רפואיים שעמדו לרשותי:

1. תיק קופת חולים "מאוחדת".
2. מכתב שחרור ממיון בית החולים "טורקה" 27.9.2022 ועוד.
3. תיק פיזיותרפיה (119/127).
4. תעודה רפואית לנפגע בעבודה מיום 1.12.2022 – 30.12.2022 (כאבי גב וצוואר).
5. לא הוצגו בפניי תעודות מחלה מיום התאונה, 27.9.2022 – 1.12.2022.

הדמיה:

CT עמוד שדרה מותני מיום 7.11.2022 – בלטי דיסקן בגובה L2-5. (104/127).

סיכום תיק דפואי:

כפי שעולה מתיקו הרפואי, ביום 28.9.2022 פנה לקופת חולים והתלונן כי התחשמל. התלונן על כאבי גב, כאבי רגליים וחולשה כללית. במיון התלונן על חולשה ברגליים לאחר התחשמלות, לא נמצאו כוויות (63/127). צולם ושוחרר לביתו. לאחר מכן קיים תיעוד רצוף לכאבי גב.

נבדק על ידי אורטופד ביום 17.11.2022 בשל כאבי גב לאחר תאונת עבודה. נכתב כי CT עמוד שדרה למעשה ותקין. בהמשך בבדיקתו נמצאה הגבלת תנועה בעמוד השדרה (108/127).

קיים תיעוד על כאבי גב גם לפני התאונה:

ביום 16.1.2022 (31/127), 23.8.2020 (35/127), 7.6.2020 (36/127).
ביום 13.4.2023, 23.7.2023, 7.3.2023, 02.2023, 01.2023, 12.2022.

סבל מכאבי צוואר ביום 19.3.2023, 15.3.2023, 7.3.2023.

כפי שעולה מתיקו הרפואי, קיים תיעוד על כוויה בחזה בשנת 2003 (84/127).
סבל מכוויות בכפות הרגליים בתאונה משנת 2007 (81/127).
סבל משבר בשורש כף יד שמאל בשנת 2012 (87/127).
סבל משבר בכף יד ימין בשנת 2022 (100/127).

לנוכח האמור, להלן תשובותיי לשאלות בית הדין הנכבד:**שאלה 1:**

מהו הליקוי ממנו סובל התובע בגבו כעולה מהתומר הרפואי שלפנייך?

תשובה:

התובע סובל מכאבי גב.
עבר CT עמוד שדרה מותני שהדגים בלטי דיסק כפי גילו, אין מדובר בממצאים פתולוגיים.

שאלה 2:

האם קיים קשר סיבתי לרבות על דרך תחממה בין הליקוי ממנו סובל התובע בגבו לבין האירוע בעבודה מיום 26.9.2022 כמתואר בעובדות המקרה?

תשובה:

קיים קשר בין כאבי הגב לתאונה.
קיים תיעוד על כאבי גב גם לפני התאונה, אולם תזירות תלונות הגב לאחר התאונה גדול יותר לכן ייתכן כי חלה החמרה מסוימת בתלונותיו.

שאלה 3:

האם נגרם לתובע ליקוי קבוע או החמרה זמנית וחולפת בגב והאם נזקק לטיפול רפואי או אי כושר רפואי מלא או חלקי לעבודה ולאיוז תקופה?

תשובה:

הוצגה בפניי תעודה רפואית לנפגע בעבודה עד יום 30.12.2022.
נראה שמדובר בחופשת מחלה של שלושה חודשים.
לא הוצגו בפניי תעודות מחלה מיום התאונה, 27.9.2022 – 1.12.2022.
אמנם מדובר בתקופה ארוכה כאשר לא נגרם למעשה כל נזק אולם אין מדובר בחופשת מחלה בלתי סבירה.

עבר טיפול פיזיותרפי במהלך דצמבר 2022 ולכן לדעתי ניתן לקבוע כי חופשת מחלה של שלושה חודשים עד 31.12.2022 הינה בתחום הסביר.

ד"ר שי פריימן
מנהל ביטוחי ארסמית
מיועץ עמוד שידרה
מ.ר. 27016 מ.ד.מ. 19467