

תאריך: 07/08/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר אושרי	מס זהות:	00332937549	גיל:	15.06	מין:	ז
ת.לידה:	14/01/2009	ישוב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות	טלפון מספר:	3-5748810	
מס בית:	44	טלפון:	50-6794140					

מספר הפניה ישירה: 35074027844

מספר רישון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
108640	0332937549	035074027844	5074

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70022	L9254	בדיקה רפואית - א.א.ג.	70022

הריגי מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: בן 15 שנים ו-6 חודשים, בריא בד"כ, ללא טיפול קבוע או רגישות ידועה, מחוסן כפי גיל, סבל מאבצס באוזן, היה בשניידר, בוצע ניקוז והשלים טיפול אנטיביוטי, הגיע להערכה, בתרבות מהפצע PROPIONIBACTERIUM.

סימנים חיוניים:	גובה	164	19/12/2023	משקל	46	19/12/2023	bmi	17.10
-----------------	------	-----	------------	------	----	------------	-----	-------

19/12/2023 מתאריך 135.37 eGFR

ממצאים בבדיקה: משמאל לאל אודם, בלט או עכירות. מימין ללא אודם, ישנה נפיחות ברצפת התעלה, לאל פרשה, ישנה שארית דמום מקומי.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
V67		FOLLOW-UP EXAMINATION

דין/תוכנית טיפולית: אבצס באוזן שטופל אנטיביוטי עדיו נפוחות מקומית, הומלץ בשחרור משניידר לחזור לאחר שבוע לביקורת. הומלץ להמשיך מעקב א"ג מסודר.

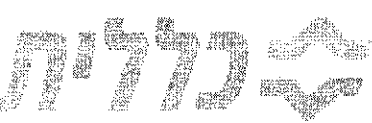
נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר שלמה כהן קטן	108640	**נחתם דיגיטלית**
------------------	--------	-------------------

שם הרופא	מספר רישון	חתימה וחותמת הרופא
----------	------------	--------------------

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



שם הרופא	ד"ר מיכל שולמן בר-נר	מספר רשיון	136043
תחום	רפואת משפחה	טלפון	03-6718200
כתובת	הרב כהנמן, 134 - בני ברק	פקס	03-6718201
מרפאה	מרכז בעלי המלאכה-בני ברק	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 04/09/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מצנבר אושרי	מס זהות:	00332937549	גיל:	15.07	מין:	ז
ת.לידה:	14/01/2009	ישנב:	רמת גן	רחוב:	דרך התפוצות			
מס בית:	44	טלפון:	50-6794140	טלפון נוסף:	3-5748810			

מספר הפניה: 35223019068

גורם שולח



5223

מספר הפניה



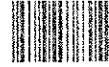
035223019068

תז נבדק



0332937549

רשיון רופא



136043

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבות הפניה לאחר תאונת דרכי, זקוק לפיזיותרפיה בהמלצת אורטופד

סימנים חיוניים:	גובה	164	19/12/2023	משקל	46	19/12/2023	bmi	17.10
-----------------	------	-----	------------	------	----	------------	-----	-------

19/12/2023 מתאריך 135.37 eGFR

נחתם דיגיטלית

136043

ד"ר מיכל שולמן בר-נר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.