



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 2025 07
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 17/01/25
הנפגע: מאיר דהן, ת"ז 055672992

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

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

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



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. **שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✎ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✎ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✎ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✎ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ✎ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר. מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

055672992

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות ס"ב	
נמר		נמר		055672992	
מספר אישי בצה"ל		עיסוק		מין	
		שכיר ☐ עובד ☒ עצמאי ☒		זכר ☒ נקבה ☐	
תאריך לידה					
שנה חודש יום					
תאריך לידה					
שנה חודש יום					
מס' בית					
7					
מס' דירה					
12					
מיקוד					
5256809					
טלפון קווי					
טלפון נייד					
0503206040					
דואר אלקטרוני:					
@					
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם פרטי של איש קשר		שם משפחה של איש קשר		מס' זהות של איש קשר ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
מס' בית		מס' דירה		מיקוד	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה		שנה חודש יום	
17012025			
פרטים על הפגיעה			
דבר אחרת האירוע, דבר אחרת, נחלקי נא' דבר אחרת, נחלקי נא'			
נחלקי נא' נחלקי נא'			

3

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

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
שמו וניסו מסירה

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שמו ה"ז	4			תל אר"ז	

המקצוע ערב הפגיעה: 700

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐
שב"ס ☐ משמר אזרחי ☐
משטרה ☐ אחר ☐

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

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

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?
☒ כן, פרט צילומי איכילוז - מניס רנטגן ת"ל

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

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

אני מבוטח בקופ"ח _____

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר אר"ז	אורתופדיה ונעמת כח"ל	איכילוז - ויזמן 6, תל אר"ז
ד"ר יוני ימאל	רפואה סניטרית	צ'מאן 10, תל אר"ז
אופק פוריר	ניצ'ימסיס	רז' זקניא 46 שני חק

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
רצ"ה תיקון רגלי	כאבים בכתף שמאל
	השליפה שלוחה מנזלת כתף ויד שמאל
	קשיי גמישות חפצים
האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:	

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

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

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

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

שם גורם מסייע _____

כתובת _____

טלפון _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון		שם הבנק	
		בנק ישראל	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	
7273039	58	ציר זן אר"ן 13 זר זיר	

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

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

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

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל לא 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 6.8.25 חתימת מקבל הגמלה [חתימה] חתימת השותפים לחשבון [חתימה] X

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך 6.8.25 חתימת התובע [חתימה] X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

נא למלא מספר תעודת זהות 055672992

עמוד 5 מתוך 5

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 055672992	תאריך הפגיעה 11/7/01 2025 יום חודש שנה
שם משפחה דנין	שם פרטי מאיר	חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

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 אודותי.

תאריך 1.1.25 חתימת המבוטח * [Signature]

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפילה - בעבודה	תיק מס': 608190	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 1229083	תאריך ביקור Date: 14:07 17/01/2025
--------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. דמיטרי אולשנסקי	שם: מאיר דהן תז: 055672992	בא לשותף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
---	-------------------------------	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0503206040 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx humerus	
Pulse: 71, TempC: 36.7 PO, O2sat: 99, BP: 144/83 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 11/02/1959 Age: 65 years 11 months	
Injury/Pain Exam: LEFT ELBOW : NOT Swollen, Fell < 1 m, Pain started in < 1 hr, Pain is severe, Pain at end of ROM, Elbow Rotation AND RadialHead NOT tender, LEFT SHOULDER : No direct blow to shoulder, Fell on shoulder, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started within 1 hr from Trauma, No ROM b/o pain, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral_joint tender, Acromioclavicular_joint tender, Is sensitive around shoulder, הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 65 צלול ועצמאי. רקע גאוס ויל"ד התקבל לאחר נפילה טכנית כאשר הלך נחבל בזרוע השמאלית מאז יש כאבים מאוד קשים קושי בהנעת היד עידכון ב 04.02.2025: לדברי המטופל בתאריך 17.1.25 הגיע למיון טרם איכילוב בני ברק בעקבות נפילה שהתרחשה בדרכו לעבודה. בצילום שבוצע נמצא כי הוא סובל משבר בכתף. === בדיקה גופנית: מדדים שמורים בבדיקת היד השמאלית- דפקים פריפרים נמושו היטב, כאבים במישוש מפרק הכתף, רגישות במישוש המרפק, ללא הגבלה בתנועת המרפק, ללא הפרעה בתנועת כף היד. צילום כתף - רושם לשבר ראש ההומרוס === מהלך ודיון: לסיכום - שבר ראש ההומרוס - קיבל וולטרן לכאבים. הוכנס למתלה כתף. יופנה למיון באופן מיידי להמשך מעקב אורתופדי יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) Tests done (results scanned on actual chart) צילומים שבוצעו: זרוע שמאל <<< כתף שמאל <<<	
ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי): Procedures & Treatments done at Visit	

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון
You Have been referred to the ER / hospital

סיבות להפנייה למיון : התייעצות דחופה עם מומחה

תוקף הפניה זו הוא עד ל 15:26 18/01/2025

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. דמיטרי אולשנסקי מ.ר. 165496

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כזו, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

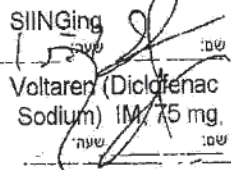
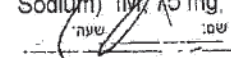
מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שעה: 14:07 תאריך: 17/01/2025 #ביקור: 1229083 #תיק: 608190

שם	מאיר דהן	RR	%SaO2	T/cin
תז	055672992		99%	36.7 PO
מין	ז	לח"ד B/P	דופק/P	
גיל	65 שנים 11 חדשים	144/83	71 סדיר	
רמת גן	נ"י	נפלוה - בעבודה		
כתובת:	0503206040			
טל"ב	בית			

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

ביקור 083 1229 (בחוץ)
הוזמן ב: 17/01/2025 15:17:42
חולה: מאיר ד
תז: *****992
מזמין: דמיטר אולשנסקי
קיבל: אמגר גמאל
קופה: מ"מ

SIINGing
שם: 
Voltaren (Diclofenac
Sodium) IM, 75 mg,
שעה: 

מטריאג'

14:20:36
דינאל רינדין

Allergies: NONE

לא רוצה טיפול נגד כאב/חם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

☐ הביתה ומעקב בקופ"ח

☐ לבית חולים

☐ פנוי באמבולנס

☐ חופנה לרוממה

1-991-991-991
ל.ל. אולשנסקי



חתימת חותמת רופא

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימת חולה:

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפילה - בעבודה	תיק מס': 608190	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 1229083	תאריך ביקור Date: 14:07 17/01/2025
--------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר. דמיטרי אולשנסקי	שם: מאיר דהן תז: 055672992	בא לשותף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
--	-------------------------------	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0503206040 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx humerus	
Pulse: 71, TempC: 36.7 PO, O2sat: 99, BP: 144/83 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 11/02/1959 Age: 65 years 11 months	
Injury/Pain Exam: LEFT ELBOW : NOT Swollen, Fell < 1 m, Pain started in < 1 hr, Pain is severe, Pain at end of ROM, Elbow Rotation AND RadialHead NOT tender, LEFT SHOULDER : No direct blow to shoulder, Fell on shoulder, No Rotation of shoulder, No Spontaneous pain, No old shoulder pain, Pain started within 1 hr from Trauma, No ROM b/o pain, Scapula NOT tender, Clavicle NOT tender, Sternum NOT tender, HumeralHead NOT tender, Genulohumeral_joint tender, Acromioclavicular_joint tender, Is sensitive around shoulder, הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 65 צלול ועצמאי. רקע גאוס ויל"ד התקבל לאחר נפילה טכנית כאשר הלך נחבל בזרוע השמאלית מאז יש כאבים מאוד קשים קושי בהנעת היד עידכון ב 04.02.2025: לדברי המטופל בתאריך 17.1.25 הגיע למיון טרם איכילוב בני ברק בעקבות נפילה שהתרחשה בדרכו לעבודה. בצילום שבוצע נמצא כי הוא סובל משבר בכתף. === בדיקה גופנית: מדדים שמורים בבדיקת היד השמאלית- דפקים פריפרים נמושו היטב, כאבים במישוש מפרק הכתף, רגישות במישוש המרפק, ללא הגבלה בתנועת המרפק, ללא הפרעה בתנועת כף היד. צילום כתף - רושם לשבר ראש ההומרוס === מהלך ודיון: לסיכום - שבר ראש ההומרוס - קיבל וולטרן לכאבים. הוכנס למתלה כתף. יופנה למיון באופן מיידי להמשך מעקב אורתופדי יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) Tests done (results scanned on actual chart) צילומים שבוצעו: זרוע שמאל <<< כתף שמאל <<<	
ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי): Procedures & Treatments done at Visit	

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון
You Have been referred to the ER / hospital

סיבות להפנייה למיון : התייעצות דחופה עם מומחה

תוקף הפניה זו הוא עד ל 15:26 18/01/2025

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. דמיטרי אולשנסקי מ.ר. 165496

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כזו, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

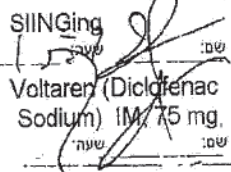
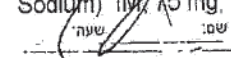
מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שעה: 14:07 תאריך: 17/01/2025 #ביקור: 1229083 #תיק: 608190

חדר	קופ"ח מכבי רופא מפנה/הקבוע ללא	שם		RR	%SaO2	T/°C
		מאיר דהן			99%	36.7 PO
		תז	055672992	לח"ד B/P		דופק/P
		מין ז	גיל 65 שנים 11 חדשים	144/83		71 סדיר
		רמת גן	כתובת:			
		נ"י 0503206040	טל"ב בית			
נפילה - בעבודה						

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

ביקור 083 1229 (בחוץ)
הוזמן ב: 17/01/2025 15:17:42
חולה: מאיר ד
תז: *****992
מזמין: דמיטר אולשנסקי
קיבל: אמגר גמאל
קופה: מכבי

SIINGing
שם: 
Voltaren (Diclofenac
Sodium) IM, 75 mg,
שעה: 

מטריאג'

14:20:36
דינאל רינדין

Allergies: NONE

לא רוצה טיפול נגד כאב/חם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

☐ הביתה ומעקב בקופ"ח

☐ לבית חולים

☐ פנוי באמבולנס

☐ חופנה לרוממה

1-981991-0
ל.ל. א.א.א.א.א.



חתימת חותמת רופא

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימת חולה:

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר יליזבט

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



023717



קוד הפניה: 418613028

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר
ת.ז.: 55672992	טל. עבודה/נייד: 0503206040
ת.לידה: 11/02/1959	טלפון: 0508443216
כתובת: החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
Potassium (B) - 04132
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Microalbi/Creat Ratio URINE - 02045
FOLIC ACID - 02746
VITAMIN D (25 OH) - 02306
PTH Battery - 03971
Cortisol 8am (B) - 02529

HbA1C - 03037
Creatinine (B) - 02565
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
BILIRUBIN Total - 02250
Urine General - 01000
FERRITIN - 02728
VITAMIN B12 - 02607
TSH - 04443
PROT. ELECTROPH * - 04165

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי:

אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התיורקסין או ליותיורנין
Levothyroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות:

דגימת שתן ראשון של הבוקר.
יש להגיע למעבדה בין השעות 7:30-8:30.
* עבור בדיקת Urine General:
מומלץ שתן ראשון של הבוקר. יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה. יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא. יש למסור את דגימת השתן תוך שעותיים למעבדה בסניף.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון 3555

לבדיקות דחופות: IVF, בעירובין ילודים (אונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקד רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אגא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

Uric Acid

מספר גורם מפנה



023717

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 418613742

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

גאל

פנימית וכללית

תמחיות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הובדק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: מאיר		ת.ז.: 55672992	
ת.לידה: 11/02/1959		מין: ז		טלפון: 0508443216		טל.עבודה/נייד: 0503206040	
כתובת: 7, רמת גן		החרושת: 7, רמת גן		מיקוד: 5256809		0055672992	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

URIC ACID (B) - 04550

PSA - 04153

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 4 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

בליקחת דם נרדי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע חזר בסלפון *3555

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין, ילודים (מאונסט), INR, למסופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/02/2025 עד תאריך 03/05/2025.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



023717



התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 418613079

טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר
ת.ז.: 55672992	ת.לדה: 11/02/1959
טל.עבודה/בייד: 0503205040	טלפון: 0508443216
מיקוד: 5256809	מין: ז
כתובת: 0055672992	החרושת 7, רמת גן

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרס" והופנה למיון איכילוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפותרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
מילוי תעודה ראשונה לנפגע בעב'.
הפניה למעבדה.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: טיפולי כתף אחרי שבר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 01/08/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

02/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת

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.

ד"ר יוני יגאל
רופא פנימית
02/02/2025

תאריך: 2/02/2025
שעה: 16:55:45

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

מכבי

הבריאות הטובה ביותר

ל: דהן

ת.ז.: 55672992 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/02/2026

אסותא "השלום" כאמפא
אוסטופורוזיס-מחלות עצם
96

בית חולים
מרמאות
יגאל אלון

טלפון: 03-7644444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250240192

היננו מאשרים כי דהן
חבר ב- מכבי שלי
על חשבון: מכבי שירותי בריאות
לשימוש המוסד נותן השרות :
מאיר ת.ז.: 55672992
ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
גיל החבר: 65

תאריך טיפול:	התחייבות:	ת.ז. חבר:
		
02022025	250240192	055672992

קוד	מס	תאריך טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
CPT	00	צפיפות עצם בשיטת DEXA	24025	2/02/2025	יציאה	1
76075	0					

ישוב: רמת גן
מתאם שרות: הקמה אוטומטית (קליק)
מרכז רפואי: רמת-גן
אורה טל: 03-6750333 4

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

גספה להתחייבות מספר 250240192:
התחייבות זו עבור שירותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שירותי בריאות.

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

בברכת בריאות טובה
"מכבי שירותי בריאות"

חצה לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפסר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מותר רשימת נותני השרות הניתנת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האיש באתר/אפליקציה או בטלפון 3555*
עם הוצאת הטופס החדש הטופס המוכח יבוטל

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

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יחיאל יגאל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

ס.ר. גורם מפנה



0058508599



023717

קוד הפניה: 418613916



טלפון: 03-6201450

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לדה: 11/02/1959	מ.ז:	טלפון: 0508443216
כתובת: הררשת 7, רמת גן	טל. עבודה/נייד: 0503206040	מיקוד: 5256809

צפיפות העצם

תלונות: ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית).
בוצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע נוכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE.
הפניה לצפיפות עצם

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

תרופות קבועות:

- TRITACE COMP 2.5M 28TAB 1X1X90
- ALLORIL 100MG X 50 1X3X90
- ALFU - KAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

הבדיקה הדרושה: צפיפות העצם

סיבת הפניה: שבר אוסטאופורוזי בעבר.

לאורך ביצוע הבדיקה עליך להגיע עם התחייבות כספית.
את ההתחייבות אפשר להדפיס במכבי או ליי/מכבי לי.
הנך זכאי/ת לקבלת התחייבות אחת לשנתיים.
במידה ולא הופקה התחייבות אוטומטית עם הפניה זו - יש לפנות למשרד מכבי לביטול הזכאות ולהסדרת טופס התחייבות.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

02/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-365 יום, מתאריך - 02/02/2025 עד תאריך - 02/02/2026

התימה וחוזמת

תאריך: 02/02/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר יוני יגאל

מ ד גרים מפנה

משפחה, פנימית וכללית



מסמך אוטו
דיגיטלי
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6201460

כתובת: דיזנגוף 14, תל אביב - יפו

פרטי הגבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/נייד: 0503206040
כתובת: 0055672992	החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809	

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כ/ל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
יוסף	עצמאי	כ		ספר
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
17/01/2025	11:20	נפל בדרכו למקום העבודה		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	
כתף שמאל				

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

ב 17/01/2025 בשעה 11:20 בדרכו לעבודה (ספר) נפל ברחוב. בהמשך נבדק ב"טרם" והופנה למיון איכילרוב באבחנה של שבר בהומרוס הפרוקסימלי בכתף שמאל (לא דומיננטית). ביצע CT והומלץ על ניתוח שלא בוצע מכח היפונטרמיה של 128 על TRITACE COMPO שיוחלף ל TRITACE. מילוי תעודת ראשונה לנפגע בעב.

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Left
- HYPONATREMIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

ד"ר יוני יגאל
שיטת בדיקה בלימת
מיר 23717

במשך: 90 ימים, היינו מיום: 17/01/2025 עד יום: 16/04/2025 (בכלל)

02/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

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

10.03.25

לכבוד



5567299-2

חסי' זימון: 00000000

דהן מאיר

החרושת 7/4

רמת גן, 5256809

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כתף

מר/גב' דהן מאיר 5567299-2 מוזמן/ת ביום שני 12/05/2025 לשעה 09:50 למרפאה אורטופדית כתף בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבידיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	חסי' טלפון מרפאה: 03-6974000 חסי' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	חסי' טלפון מטופל: 050-3206040 דוא"ל מטופל: mny.salon@gmail.com
-----------------	---	---

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוד שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

תאריך ושעת ההדפסה: 10:05 10/03/2025
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהל/ת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל/ת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
תאריך לידה: 11/02/1959	גיל: 66	טלפון: 050-3206040
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: החרושת 7/4 רמת גן 5256809

נתוני ביקור - תאריך: 10/03/2025 שעה: 08:52 מספר ביקור: 45081161

מחלה נוכחית - אורתופדיה כתף

תלונה עיקרית: כאבים בכתף

מחלה נוכחית

גיל: 65

יד דומיננטית: ימין

הערות / תוספות:

ברקע GOUT מטופל באלוריל, יל"ד ו BPH, פוליו גפה שמאלית עליונה שמאל

של כתף: שמאל

הופיע: לאחר תאונת עבודה מתאריך: 17/01/2025

עוצמת הכאב VAS: 5 - בינוני

הערות / תוספות - תלונת המטופל:

בתאריך המתואר שבר הומרוס מקורב מצד שמאל בדרכו לעבודה.

דיויין אפשרויות טיפול שמרני אל מול ניתוחי - החלפת כתף - העדיף להמשיך בטיפול שמרני.

ציון תפקודי של הכתף subjective shoulder value: 20 %

Quick DASH score: 70

בדיקות עזר

17.1.25 - כתף שמאל - שבר צוואר אנטומי בעמדת וארוס.

צילום רנטגן 10.3.25 - שבר בעמדת וארוס משמעותי, ללא שינוי מצילום קודם

טיפול קודם שבוצע

פיזיותרפיה החל

בדיקה כתף

תיאור כללי: הגבלה קשה

סטטוס מרולוגי: ללא חסר תחושת או מוטורי

טווחי תנועה אקטיבי

כיפוף קדמי: צד שמאל מעלות 30

שם: מאיר דהן	ת"ז: 55672992	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית	סודי רפואי
--------------	---------------	-------	------------------------	------------

אבדוקציה: צד שמאל: מעלות, 30

סיבוב חיצוני: צד שמאל: מעלות, 0

סיבוב פנימי: צד שמאל: עכוז

טווחי תנועה פסיבי

כיפוף קדמי:

אבדוקציה:

סיבוב חיצוני:

סיבוב פנימי

מבחנים

מבחני צביטה:

מבחני בייספס

מבחני סובסקפולריס

מבחני ACJ

מבחני לברום

אבחנות כתף: שבר הומרוס

הערות / תוספות:

תנועת מרפק חופשית

שמור NV בפיזור ARUM

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF UPPER END OF HUMERUS, CLOSED	813.08	Left	10/03/2025	✓			
FRACTURE OF HUMERUS	812.20						

אבחנות רקע

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
GOUT	274.9					
ARTERIAL HYPERTENSION (HTN)	401.9					

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

פעילות גופנית: לא

תרופות קבועות

ALLORIL TAB 300 mg P.O

300 mg

TRITACE TAB 1.25 mg P.O

1.25 mg ביום 1 X 1

סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

שם: מאיר דהן	ת"ז: 55672992	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------	---------------	-------	------------------------

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

בן 66, רקע כמפורט, פוליו גפה שמאלית עליונה שבר הומרוס מקורב עמדת וארוס העדיף המשך טיפול שמרני בצילום ביקורת היום - שבר בעמדת וארוס כמפורט, ללא שינוי בעמדה. טרם נצפים סמני חיבור. הוסבר על תוצאה תפקודי צפויה (מגבלת טווחים, כאבים).

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: *פיזיותרפיה - טווחי תנועה אקטיבי, אקטיבי נעזר ופאסיבי לפי כאבים. ללא התנגדויות בשלב זה.
*ביקורת מרפאה + צילום בעוד 8 שבועות

חופשת מחלה: 3

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			7 ימים	X 1 ביום	2.5 mg	P.O	TRITACE (RAMIPRIL)

אתר איכילוב הום



חתימה:

נחתם ע"י: דר' כזום אפי מ.ר. 120927

מסמכים נלווים

ד"ר אפי כזום
אורטופד מומחה, מנתח כתף
מ.ר. 120927



וי רפואי -

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת הרדמיה

כל השדות שדות חובה!

דהן מאיר
יוסף
66
5567299-2
מז
10 03 25
כתף מרפ
כתף מרפ
מקרה
45081161



מרכז רפואי ת"א

שם החולה:
תעודת זהות:
שנת לידה:
חולה אמבולטור

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי
☐ (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה
☐ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע:

☐ במכון ההדמיה

☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

True of - x

כחל של x

השאלה לרדילוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקה המצויות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

CREATININE

BUN

או

תיפקודי כליה:

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה?
האם פיתח תגובה (*)?
אסטמה?
אלרגיה או רגישות לתרופות (*)?
סכרת מטופלת בגלוקופאז?
* אם כן איזו ובמה מתבטאת?

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

שעה:

תאריך קבלת ההזמנה:

הערות הרדילוג:

דחיפות הביצוע:

הוראות ביצוע:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

כמות: רופא:

ח. ניגוד

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות:

חתימה:

רנטגנאי:

תאריך:



מק"ט - 6520413409

חודס בתאריך: 07/05/2025 13:14
חודס ע"י: דורנ אסף

דף 1

גליון ביקור
דחן מאיר, ת.ז.: 55672992, גיל: 66.2

טיפול ישי	טיפול נוכחי	הערות טיפול קודם	שם פיזיותרפיסט	סוג הביקור	תאריך ביצוע	תאריך שעה
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	07/05/2025	07/05/2025 13:13:56
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	05/05/2025	05/05/2025 13:17:11
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	04/05/2025	04/05/2025 13:09:51
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	28/04/2025	28/04/2025 14:03:35
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	24/04/2025	24/04/2025 13:33:58
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	ק"ים שיפור בטווחי התנועה, חור לעבודתו כספר, מספר מטופל בום ללא כאבים חזקים. תחושת לחץ ניכר לאחר אבדוקשן מעל 130 מעלות ופילקיש מעל 100 מעלות. ניתנו תרגילים להסעה חיצונית	דורנ אסף	81 ביקור רגיל	23/04/2025	23/04/2025 13:05:59
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	20/04/2025	20/04/2025 13:02:40
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	החזיק לחזור לעבוד במספרה, מצליח לספר מטופל או שניים ביום. מרגיש מעט לחץ בכתף לאחר תספורת, ללא כאבים חזקים	דורנ אסף	81 ביקור רגיל	17/04/2025	17/04/2025 10:52:26
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	התקדמות חיובית. טיפול נמנע עם כאבים פתוחים. הודרך למספר תרגילים עם מקל וזמנעויות אקטביות לצורך המשך תרגול במהלך חופשת הפסח	דורנ אסף	81 ביקור רגיל	16/04/2025	16/04/2025 11:03:54
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל		דורנ אסף	81 ביקור רגיל	09/04/2025	09/04/2025 13:19:53

07/05/2025 13:14: פסא זלזול ד' א ספוט
פסא זלזול ד' א ספוט

297

גלילי בקוק
ת.י. 55672992: ת.י. 55672992

שם	תאריך	שעה
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	07/04/2025	13:39:52
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	06/04/2025	13:33:33
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	03/04/2025	13:40:24
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	31/03/2025	14:00:28
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	30/03/2025	13:33:48
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	26/03/2025	15:50:56
EDU SELF EXERCISE Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	24/03/2025	14:11:02
TELEPHONE TREATMENT ביקור רגיל	23/03/2025	12:50:24
Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	20/03/2025	10:06:09
Manual Therapy THERAPEUTIC EXERCISE ביקור רגיל	17/03/2025	16:14:02
TELEPHONE TREATMENT ביקור רגיל	16/03/2025	09:10:48

07/05/2025 13:14: חודטס בתאריך: חודטס ע"י: דורנר אסף

דף 3

גליון ביקור
זמן מאיר: ת.ז.: 55672992, גיל: 66.2

טיפול ישי	טיפול נוכחי	הערות טיפול קודם	שם פיזיותרפיסט	תאריך	תאריך שעה
EDU PRE DIABETIC CONSULTATION THERAPEUTIC EXERCISE EDU SELF EXERCISE Manual Therapy ביקור רגיל	ביום שני 10.3 יש לי ביקורת באינרליז, נדרש לברר לגבי פרוטוקול טיפולי רלוונטי לחיוב. במידה ואין הנחיות מפורשות מבית החולים להתחיל בעבודה פסיבית, תוך הפעלה AA ואקטיבית ממונה	דורנר אסף	סוג הביקור	13/03/2025	13/03/2025 14:44:59
EVALUATION INITIAL THERAPEUTIC TREATMENT THERAPEUTIC EXERCISE EDU SELF EXERCISE ביקור רגיל		דורנר אסף	81 ביקור רגיל	05/03/2025	05/03/2025 17:38:35

תאריך: 07/05/2025

מ.ר גורם מפנה



191675

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

07/05/2025

דורנר אסף

פיזיותרפיה | פיזיותרפיסט/ית - רצפת אגן

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284938

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55672992

שם פרטי: מאיר

שם משפחה: דהן

טל. עבודה/נייד: 0503206040

0508443216

טלפון:

מין: ז

11/02/1959

ת.לידה:



0055672992

החרושת 7, רמת גן

כתובת:

מיקוד 5256809

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקיה: 07/05/2025

לכבוד דר' דר' אפי כזום

ת"ז: 55672992

מרת דהן מאיר

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: FRACTURE OF HUMERUS •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל יחזור לעבודתו כספר	10/06/2025		05/03/2025
המטופל ירים את היד כדי להגיע למדף	25/04/2025		05/03/2025

טופל החל מ- 05/03/2025

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	34	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	1	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

TELEPHONE TREATMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 23 ביקורים

הערות:

מטופל היה בפיזיותרפיה 23 ביקורים.
ניתן שילוב של טיפול מנואלי לשיפור טווחי תנועה עם מתן תרגילים לבית,
ללא תרגולי חיזוקים בשלב זה.
מחכים לאישור רופא במידה ואיחוי השבר מתבצע כראוי לצורך התחלת
שילוב תרגול של חיזוקים לכתף.

ביצע תרגולים עם גלגלת ואופני עמידה של ידיים.
ללא כאבים בתנועת מרפק שמאל, שכי שמאל וצוואר.

אסף דורנר
פיזיותרפיסט
מ.ר.מ. 191675
מרחב בני ברק

חתימה

תאריך: 07/05/2025

מ.ר. גורם מפנה



191675

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

07/05/2025

דורנר אסף

פיזיותרפיה | פיזיותרפיסטית - רצפת אגן

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2284938

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
ת.לידה: 11/02/1959	מין: ז	טלפון: 0508443216	טל.עבודה/גנייד: 0503206040
כתובת: החרושת 7, רמת גן	מיקוד: 5256809		

חזר מעט לעבודה כספר, עובד שעה-שעתיים ביום ללא סחיבת חפצים כבדים.

טווחי תנועה כתף:
אבדקשן 80 אקטיבי, 110 פסיבי
פלוקשן 90 אקטיבי, 120 פסיבי
רוטציה חיצונית 50 אקטיבי, 70 פסיבי
רוטציה פנימית-טווח מלא
אקסטנשן-אקטיבי 60 מעלות, פסיבי 80 מעלות
HBB- פער 1 ס"מ בין הידיים, יד שמאל מגיעה לחוליה T9-T10
HBB- מצליח, עם קושי

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: דורנר אסף

שם המכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מכבי
אסף דורנר
פיזיותרפיסט
מ.ר. 191675
בני ברק

חתימה

שם: מאיר דהן	ת"ז: 55672992	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------	---------------	-------	------------------------

כיפוף קדמי: צד שמאל, מעלות 80
 אבדוקציה: צד שמאל, מעלות 70
 סיבוב חיצוני: צד שמאל, מעלות 15
 סיבוב פנימי: צד שמאל, לומבו-סקראל
 טווחי תנועה פסיבי
 כיפוף קדמי: צד שמאל, מעלות 100
 אבדוקציה:
 סיבוב חיצוני: צד שמאל, מעלות 15
 סיבוב פנימי
 נח אבדוקציה צד שמאל 4
 נח רוטציה חיצונית צד שמאל 4
 נח סובסקפולריס צד שמאל 4
 מבחנים
 מבחני צביטה:
 קשת כאב צד שמאל, חיובי
 אמפטי קאן צד שמאל, חיובי
 מבחני בייספס

מבחני סובסקפולריס
 BELLY PRESS צד שמאל, שלילי
 BEAR HUG צד שמאל, חיובי
 מבחני ACJ
 מבחני לברום

אבחנות כתף: שבר הומרוס
 הערות / תוספות:
 תנועת מרפק חופשית
 שמור NV בפיזור ARUM

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF UPPER END OF HUMERUS, CLOSED	813.08	Left	10/03/2025	✓			
FRACTURE OF HUMERUS	812.20						

אבחנות רקע

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	MP	Rec
GOUT	274.9					
ARTERIAL HYPERTENSION (HTN)	401.9					

הרגלים

מעשן/ת: לא
 אלכוהול: לא
 סמים: לא
 שינה: תקינה
 פעילות גופנית: לא
 תרופות קבועות

ALLORIL TAB 300 mg P.O
 TRITACE TAB 1.25 mg P.O

300 mg
 1.25 mg 1 X 1 ביום

תאריך ושעת ההדפסה: 10:00 19/05/2025
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St., Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מוסנה לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת/המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: מאיר	ת.ז.: 55672992
תאריך לידה: 11/02/1959	גיל: 66	טלפון: 050-3206040
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: החורשת 7/4 רמת גן 5256809

נתוני ביקור - תאריך: 19/05/2025 שעה: 09:33 מספר ביקור: 45329836

מחלה נוכחית - אורתופדיה כתף

תלונה עיקרית: כאבים בכתף

מחלה נוכחית

גיל: 65

יד דומיננטית: ימין

הערות / תוספות:

ברקע GOUT מטופל באלוריל, יל"ד BPH, פוליו גפה שמאלית עליונה שמאל

של כתף: שמאל

הופיע: לאחר תאונת עבודה מתאריך: 17/01/2025

עוצמת הכאב VAS: 5 - בינוני

הערות / תוספות - תלונת המטופל:

בתאריך המתואר שבר הומרוס מקורב מצד שמאל בדרכו לעבודה.
דיווח אפשריות טיפול שמרני אל מול ניתוחי - החלפת כתף - העדיף להמשיך בטיפול שמרני.
ציון תפקודי של הכתף subjective shoulder value: 40 %

Quick DASH score: 70

בדיקות עזר

17.1.25 - כתף שמאל - שבר צוואר אנטומי בעמדת וארוס.
צילום רנטגן 10.3.25 - שבר בעמדת וארוס משמעותי, ללא שינוי מצילום קודם
11.5.25 - וארוס של כ 95 מעלות. שבר במגמת חיבור

טיפול קודם שבוצע

פיזיותרפיה החל

בדיקה כתף

תיאור כללי: הגבלה קשה

סטטוס נורולוגי: ללא חסר תחושות או מוטורי

טווחי תנועה אקטיבי

לכבוד

19.05.25



מס' זימון: 00000000

דהן מאיר

החרושת 7/4

רמת גן, 5256809

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כתף

מר/גב' דהן מאיר 2-5567299 מוזמן/ת ביום שני 18/08/2025 לשעה 09:50 למרפאה אורטופדית כתף בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 050-3206040 דוא"ל מטופל: mny.salon@gmail.com
--------------	---	---

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש\סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הודאת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

בן 66, רקע כמפורט, פוליו גפה שמאלית עליונה
 שבר הומרוס מקורב עמדת וארוס 17.1.25
 בצילום ביקורת היום - שבר בעמדת וארוס ניכרת, נצפים סמני חיבור
 בבדיקתו הקלינית מגבלת טווח כמפורט, ירידה בכוח גס כמפורט
 ממליץ על המשך טיפול פיזיותרפי לשיפור טווחי תנועה + ביקורת מרפאה בעוד 3 חודשים + צילום

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: ממליץ על המשך טיפול פיזיותרפי לשיפור טווחי תנועה
 ביקורת מרפאה בעוד 3 חודשים + צילום
 חופשת מחלה: 3 חודשים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			7 ימים	X 1 ביום	2.5 mg	P.O	TRITACE (RAMIPRIL)

אתר איילוב הום



ד"ר אפי כוזם
 אורטופדית, מנתח
 120927
 מ.י.

חתימה:

נחתם ע"י: דר' כוזם אפי מ.ר. 120927

מסמכים נלווים

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

ד"ר	מאיר	055672992	י"ס
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
החרושת	רמת גן	5256809	0503206040
רחוב	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח:	מכבי	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
רופאים:	1. י"ס	2. י"ס	3. י"ס	4. י"ס
מכונים, מעבדות:	1. י"ס	2. י"ס	3. י"ס	4. י"ס

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב	ת.ז.	שם האב	ת.ז.
תאריך: 19.3.25	עד לחתימה ומס' ת.ז.	חתימה:	חתימת האפוטרופוס

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מאיר צהר, מס' 055692992, מרחוב המלוכה 7 מאיר 2,
ת.ז. מס' 17.1.25 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו נגד בענין תאונת דרכים מיום 17.1.25
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 03 שנה 2025

חתימה: אריאל מ.ר. 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מ.ר. 62254
עו"ד