



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ספטמבר 2025
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 20/11/24
הנפגעת: חן בן דוד, ת"ז 17854605

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

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



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 הנבאה 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. זימונך 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

17854605

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

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	מספר אישי בצה"ל	מין	עיסוק
ר	ק	17854605		זכר	שכיר
תאריך לידה	מספר אישי בצה"ל	שנה	חודש	יום	נקה
26/11/1977		26	11	19	77

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
רס"א / ז"א	1		22	חולון	5845321
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
	05829970816	@			

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.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה	חודש	יום
2024	11	20	24
פרטים על הפגיעה			
דעת חוות הדעת של מנהל המעורבות, מנהל המעורבות, מנהל המעורבות			

3

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמצא 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		טלפון	
אול"ק שריאס, שט"ל 367		1089488888	
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
א/מ ק"מ	9		
המקצוע ערב הפגיעה: מנהל חברה			

3א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל			
שב"ס		טלפון נייד	
משטרה			
משמר הכנסת		מס' פקס	
משמר אזרחי			
אחר			
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

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 אול"ק חו"ל

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכו')? ☒ לא ☐ כן, פרט 23 ת"א

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו: _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא 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 מיט' קסטור	פנימיה ולרינולוגיה	נמ"ל ש"א, חולון
ד"ר ארז' מיאנץ	ט"ח	היוקטיה 6, חולון
ד"ר גלית איזק	אולטרסאונד	רפ"א ביתן 6, חולון
ד"ר היסקל' חנוכה	סה"י/ס"ח	אול"ק חו"ל

56789

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שכרטיס כרטיס מסדה

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לא/א"י	866	866	5474294

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 להחתימם 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 מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד השאיר לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 10.9.25 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך 10.9.25 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד 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 17854605 תאריך הפגיעה שנה 2024 חודש 11 יום 20 שם פרטי חן שם משפחה זק / ק 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 10.9.25 חתימת המבוטח x



לביור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ז - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: בן דוד	ת. לידה: 26/11/1977 גיל: 46
שם פרטי: חן	ת. זהות: 17854605 מין: נקבה
כתובת: רפאל איתן 1/22 חולון 5845321	מצב משפחתי: נשוי/אה 2
טלפון: 058-7997686	שם האב: שמואל שם האם: לאה
זמן קבלה: 09:20 20/11/2024	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 09:25 20/11/2024	מספר מקרה: 12292846
זמן שחרור: 10:29 20/11/2024	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA	338.11			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

בדיקת רופא ראשונית

בת 47, בריאה בדר"כ.

נפילה טכנית עם נפילה על הפנים. שברים בשיניים. כאבים בלסת וסנטר. חבלות בברכיים.

ללא איבוד הכרה או הקאה.

בבדיקתה:

הכרה מליאה, GCS 15 מצב מלי טוב, עירנית ומגיבה. נפוחות בסנטר.

בדיקה נירולוגית גסה תקינה: אישונים שווים ומגיבים. תחושה ותנועתיות בפנים שמורה. כח גס שמור.

רומברג + אצבע אף תקינים.

צוואר: הגעת הראש תקינה, ללא רגישות גרמית למישוש צוואר.

ללא כאבים ע"ג גפיים. ללא חוסרים מוטורים או תחושתיים.

סיכום רפואי במלרד

חבלות בפנים לאל דגלים אדומים באנמזה או בבדיקה גופנית.

נבדקה ע"י רופא פה ולסת.

משתחררת לביתה.

תאריך: 27/11/2024

סיכום יעוץ

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **בן דוד חן** מס זהות: **00017854605** גיל: **47.00** מין: **נ**
ת.לידה: **26/11/1977** ישוב: **חולון** רחוב: **רפאל איתן**
מס בית: **1 / 22** טלפון: **58- 7997686** טלפון נוסף: **58- 7997686**

סוג תאונה **2 תאונת עבודה** תאריך תאונה **20/11/2024**

לכבוד: ד"ר חנן ללה
תלונות: נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה
ממצאים: רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
	lt	LOW BACK PAIN

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78549 ת.מ. MRI בדיקת עמוד	H3	הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	PD		0	ר	N	יחידה	30	15	D	2	טבליות	TAB	1	ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
306 הזרקה /או ניקור תוך פרקי	306	1	03/12/2023

בברכה,

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

חתימה וחותמת הרופא

16465

מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

שם הרופא

תאריך: 27/11/2024

הפניה לדימוות

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **בן דוד חן**
ת.לידה: 26/11/1977
מס בית: 1 / 22
מס זהות: 00017854605
גיל: 47.00 מין: ג
רפאל איתן
טלפון מסר: 58-7997686
חולון
טלפון: 58-7997686

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 20/11/2024

מספר הפניה: 32150030066

רשיון רופא 016465
תז נבדק 17854605
מספר הפניה 032150030066
גורם שולח 2150

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78549	72148	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני	10306030

המטופל מתלונן על נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה והובחן דרך CT ליפני כשנה

ממצאים עיקריים רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	lt	LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/09/2019		FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST
20/09/2019		FX OF CA OF BREAST

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

נחותם דיגיטלי

חתימה וחוקתיות הרופא

16465

מספר רשיון

שם הרופא

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה
ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

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

08/01/2025 14:17:57

פאת שיניים נתיב ד"ר אנדי בויאנג'ו

כרטיס הטיפולים ללקוח

יוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)

ת.ז. 17854605

0587997686

גל 1, חולון

התחלה	גמר	ד"ר	מצב שיניים	משטח	כמ	קוד	תאור הטיפול
20/11/24	20/11/24	153	ג	21-11	2		ע"ר המטופלת הגיע עקב חבלת שיניים קדמיות 11,21 לפי דבריה נפלה בבוקר עם מכה על הסנטר ניבדיקה במיון יש מכתב בבדיקה קלינית רגישות, ID, שן 11 שבר כתרת עם חסיפת דנטין תקנה לקור, רגישות לניקוש, ניידות פיזיולוגי ללא חסיפת דנטין ללא IM שן 21 שבירת הפינה ממצאים חריגים בוצע השלמת כותרות זמני בשיניים 11,21 ביקורת בעד שבועיים ללא אלחוש
09/12/24	09/12/24	153	ג	21-12	3		ביקורת לאחר חבלת שיניים 11-21 המטופלת מציינת שיפור במצב השלמות תקנות בבדיקה קלינית רגישות מוגברת לניקוש בשיניים 12,11 בדיקת ויטליות תקנה בכל השיניים 12,11,21,22 ניידות פיזיולוגי קיים סדק פנימי הוריזונטלי בכותרת שן 12 המשך מעקב ביקורת בעד 3 חודשים





מספר רשיון 16465
טלפון 03-7503344
פקס 03-7503341
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק
תחום אורתופדיה
כתובת רפאל איתן 4 חולון
מרפאה רפאל איתן - מרכז רפואי - חולון

תאריך: 27/11/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן דוד חן	מס זהות:	00017854605	גיל:	47.00	מין:	נ
ת.לידה:	26/11/1977	ישוב:	חולון	רחוב:	רפאל איתן	טלפון נוסף:	58 - 7997686	
מס בית:	1 / 22	טלפון:	58 - 7997686					

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32150030066

גורם שולח



2150

מספר הפניה



032150030066

תז נבדק



17854605

רשיון רופא



016465

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78549	72148	ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני	10306030

המטופל מתלונן על נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה

ממצאים עיקריים רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	lt	LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/09/2019		FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST
20/09/2019		FX OF CA OF BREAST

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיגיטלית

16465

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

כרטיס הטיפולים ללקוח**לכבוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)**

מס' ת.ז. 17854605

ס': 0587997686

רפאל 1, חולון

#	התחלה	גמר	ד"ר	מצב	שיניים	משטח	כמ	קוד	תאור הטיפול	מחיר
1	20/11/24	20/11/24	153	ג	21-11		2		ע"ר המטופלת הגיע עקב חבלת שיניים קדמיות 11,21 לפי דבריה נפלה בבוקר עם מכה על הסנטר ניבדקה במיון יש מכתב בבדיקה קלינית רגישות, ID שן 11 שבר כתרת עם חסיפת דנטין תקנה לקור, רגישות לניקוש, ניידות פיזיולוגי ללא חסיפת דנטין ללא IM שן 21 שבירת הפינה ממצאים חריגים בוצע השלמת כותרות זמני בשיניים 11,21 ביקורת בעד שבועים ללא אלחוש	280
2	09/12/24	09/12/24	153	ג	21-12		3		ביקורת לאחר חבלת שיניים 11-21 המטופלת מצינת שיפור במצב השלמות תקנות בבדיקה קלינית רגישות מוגברת לניקוש בשיניים 12,11 בדיקת ויטליות תקנה בכל השיניים 12,11,21,22 ניידות פיזיולוגי קיים סדק פנימי הוריונטלי בכותרת שן 12 המשך מעקב ביקורת בעד 3 חודשים	
3	11/03/25	11/03/25	153	ג	21-12		3		בוצע בדיקה חוזרת לאחר חבלת שיניים 11-21 וביצוע השלמות זמניות שיניים ללא ניידות, ללא ממצאים חריגים, רגישות קלה לניקוש בשיניים 12,11,21, ללא רגישות למישוש בחניכיים בדיקת ויטליות תקנה המטופלת הופנתה לביצוע שיחזורים קבועים בשיניים 11,21 ביקורת בעד כחצי שנה	
4	07/04/25	07/04/25	86	ג			1		שיניים 11 12 21 נפגעו אחרי חבלה. השיניים ויטליות. לשיפור המצב מומלץ ציפויים ל רביעה קידמית 11 21 12 22 לצורך שמירת על סימטריה	

סה"כ מחירי הטיפולים בכרטיס זה: 280



הודפס בתאריך 07/04/2025

מרפאת שיניים נתיב ד"ר אנדי בויאנג'ו
הרוקמים 26, מרכז עזריאלי החדש, א.ת. חולון
חולון
טל: 03-5044964

הצעת מחיר לתכנית טיפולים מס' 2

לכבוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)

מס' ת.ז. 17854605

רפאל 1, חולון

ס: 0587997686

מס' שן	כמות	משטח	אופ	תאור הטיפול	מחיר
11	1			ציפוי חרסינה חזיתי	4,185
12	1			ציפוי חרסינה חזיתי	4,185
21	1			ציפוי חרסינה חזיתי	4,185
22	1			ציפוי חרסינה חזיתי	4,185
סה"כ					16,740

תוכנית הטיפול והצעת המחיר נכונים ליום הכנתם ועשויים להשתנות בהתאם לצילום ס"ט מצב הפה והתקדמות הטיפול.
ההנחה תקפה לתוכנית זו בלבד. שינוי בתוכנית עלול לגרור שינוי בהנחה שניתנה.
אחריות מותנית בטיפול שיננית כל 3 חודשים.
למתרפא/ה הוסברה מהות הטיפולים.

המתרפא/ה מסכים/ה לביצוע הטיפולים ומתחייב/ת לשלם עבורם.

השיקום הזמני הינו - תותבת זמנית / העמסה מיידית (כתרים זמניים

האם קיים ביטוח כן / לא

אמצעי תשלום _____ מס' תשלומים _____

חתימת המתרפא/ת לאישור התוכנית _____

ד"ר אנדי בויאנג'ו
מ.ר. 7660

חתימה: _____



08/01/2025	ת. ביצוע:	1785460-5	ת"ז:	חן בן דוד	נבדק:
28/01/2025	ת. פיענוח:	47 שנים	גיל:	26/11/1977	תאריך לידה:
28/01/2025	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מחוז מרכז, (70000)	מוסד מפנה:
				מרפאת נוה ים, (73530)	גורם מפנה:
				ג'ורג' ג איזק, (16465)	רופא מפנה:

ת.מ. MRI עמוד שדרה

סיבת ההפניה:

לאחר נפילה. כאבים בע"ש מותני עם הקרנה לרגל שמאל.

בוצע:

ת.מ. MRI עמוד שדרה בתאריך 08/01/2025 22:50 מ.ג. 1205005899393 מבצע: אליהו גשקוביץ; אבירם ויזל;
ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני;

ממצאים:

הבדיקה נעשתה במישורים שונים, בסדרות TSET1, TSET2, STIR.

השוואה:

אין בדיקות קודמות להשוואה

ממצאים:

עקמת קמורה לשמאל.

הקונוס מדולאריס בעמדה ואות תקינים.

אות תקין של מח עצם. שינויים ניווניים בלוחיות הקצה בגובה L5-S1 מסוג מודיק 1 - 2.

L1-2-ב

אין עדות לפריצת דיסק. אין היצרות של השק הדוראלי או היצרות של הנורופוראמינות.

L2-3-ב

אין עדות לפריצת דיסק. אין היצרות של השק הדוראלי או היצרות של הנורופוראמינות.

L3-4-ב

פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש L3. ללא היצרות של השק הדורלי.

L4-5-ב

בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.

L5-S1-ב

פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצס הלטרלי ולחץ לשורש S1. שינויים ניווניים פצטליים.

* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 *

** מידע חסוי אישי **

כללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

עמוד 2 מתוך 2

נבדק: חן בן דוד ת"ז: 1785460-5 מ.גישה: 1205005899393

סיכום:

פריצת דיסק משמאל בגובה L5-S1 עם לחץ על שורש S1.
פריצת דיסק זעירה לטרלית משמאל בגובה L3-L4 עם לחץ קל על השורש L3.

28/1/2025 15:17

מספר רשיון: 37332

אושרר ע"י: ד"ר נטליה מיכאלי

תאריך: 10/02/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן דוד חן	מס זהות:	00017854605	גיל:	47.02	מין:	נ
ת.ל.ידה:	26/11/1977	ישוב:	חולון	רחוב:	רפאל איתן	טלפון נוסף:	58-7997686	
מס בית:	1 / 22	טלפון:	58-7997686					

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33761235754

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3761



033761235754



17854605



035232

לכבוד: אורתופד שדרה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה אורתופד עמוד שדרה	6010172

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:
נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה
על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה
10/02/2025
בבירור MRI

L3-4 ב
ללא היצרות של השק הדורלי, L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-
פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש
L4-5 ב
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע
אנולרי לטרלי מימין.
L5-S1 ב
שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות
הרצ הטרלי ולחץ לשורש
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נטוף L3-L4 וכן L4-
L5
מתארת החמרה במצבה כאבים קורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל.
תוכנית בשלב זה נסיון פיזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב.
המשך המעקב אורתופד שדרה.

ממצאים בבדיקה

רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצד ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	lt	LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 27/11/2024
הפניה לדימות - 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד
10/02/2025

מגילוי	איפיון	בעיה
20/09/2019		FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST
20/09/2019		FX OF CA OF BREAST

מידע ישן:

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT
LACTOS DEFF.

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
UTIPRO PLUS CAP CF	1	כמוסות	1	ביום
NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG	1	כמוסות	1	ביום
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG	1	טבליות	2	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

35232

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת בית"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



מספר רשיון 35232
טלפון 03-7471200
פקס 03-7471201
מחוז ת"א

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
מומחה לכירורגיה אורטופדית
נעמי שמר 15, חולון
מרפאה יועצת חולון

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 10/02/2025

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן דוד חן	מס זהות:	00017854605	גיל:	47.02	מין:	נ
ת.לידה:	26/11/1977	ישוב:	חולון	רחוב:	רפאל איתן	טלפון נוסף:	58-7997686	
מס בית:	1 / 22	טלפון:	58-7997686					

תאריך תאונה: 20/11/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33761235751

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761235751

תז נבדק



17854605

רשיון רופא



035232

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:

נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה
10/02/2025
בבירור MRI

L3-4 ב

ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש

L4-5 ב

בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.

L5-S1 ב

שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצס הלטרלי ולחץ לשורש בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נסוף L3-L4 וכן L4-L5.

מתארת החמרה במצבה כאבים ק'ורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל. תוכנית בשלב זה נסיון פיזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב. המשך המעקב אורתופד שדרה.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/09/2019		FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST
20/09/2019		FX OF CA OF BREAST

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT
LACTOS DEFF.

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	UTIPRO PLUS CAP CF
ביום	1	כמוסות	1	NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG

7 ס.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

10/02/2025

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

00017854605

בן דוד חן

הודפס מאתר כללית ב-28.07.2025 בשעה 22:10 בעבור חן בן דוד. תעודת זהות: 17854605.

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	...
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG	1	טבליות	2	ביום

ממצאים קליניים
רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

מטרת הבדיקה: אבחון

נחתם דיגיטלית**	35232	ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.		



מספר רשיון 35232
טלפון 03-7471200
פקס 03-7471201
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מוטי מרדכי קסטנר
תחום מומחה לכירורגיה אורטופדית
כתובת נעמי שמר 15, חולון
מרפאה מרפאה יועצת חולון

תאריך: 10/02/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בן דוד חן	מס זהות:	00017854605	גיל:	47.02	מין:	נ
ת.לידה:	26/11/1977	ישוב:	חולון	רחוב:	רפאל איתן	טלפון נוסף:	58 - 7997686	
מס בית:	1 / 22	טלפון:	58 - 7997686					

20/11/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33761235752

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761235752

תז בבדק



17854605

מספר רשיון



035232

לכבוד: מרפאת הכאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:
נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה
על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה
10/02/2025:
בבירור MRI

L3-4 - ב
ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-
פורמינלית משמאל עם קרע אנוולרי, עם לחץ קל על השורש
L4-5 - ב
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע
אנוולרי לטרלי מימין.
L5-S1 - ב
שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות
הרצם הלטרלי ולחץ לשורש
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נוסף L3-L4 וכן L4-
L5.
מתארת החמרה במצבה כאבים ק'ורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל.
תוכנית בשלב זה נסיון פזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב.
המשך המעקב אורתופד שדרה.

ממצאים בבדיקה

רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242	lt	LOW BACK PAIN

דין/תוכנית טיפולית:

ההפניות שהופקו ב 27/11/2024:
הפניה לדימות - 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד
10/02/2025:

מגילוי	איפיון	בעיה
20/09/2019		FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST
20/09/2019		FX OF CA OF BREAST

מידע ישן:

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT
LACTOS DEFF.

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	UTIPRO PLUS CAP CF
ביום	1	כמוסות	1	NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG
ביום	2	טבליות	1	CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר	35232	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה . חולון 5845321

מספר קבלה: 3521298701

תאריך ביקור: 02/03/2025 10:08

מחלקה: היחידה לשיכון כאב	טלפון: 03-9372767
מנהל: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383	פקס: 03-9372500
אח/ות אחראי/ת: סמדר גופמן	

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION	72402			✓			
Lumbar radicular pain	7244						
Lumbar Facet joint pain	71948	Right					
SACROILIAC PAIN	7246						

לא ידועה רגישות לתרופות

תלונת החולה

04.09.2024 ביקור ראשון במרפאתינו. כאבים בגב תחתון בפיזור L5 - LEFT לאורך 10 חודשים. בעבר טופלה עם שיפור זמני של 2 חודשים ד"ר מדוויק ל4 SNRB L5-S1 פעמים. הוחלט להתקדם לגלי רדיו.

30\10\2024 היום קיבלה RF DRG LT L5

02.03.2025 מצב לאחר RF ל שורש L5 LT הקלה זמנית עד הנפילה וחבלצת פניפם וגב תחתון במהלך עבודה

כאבי ם רדיקולרים חזרו מצד שמאל ו בצד יצן כאבים חדשים איזור ע"ש מותני קורן לעכוז מימין

אקסטנסיה של עמייש מותני מחמירה כאב

רגישות מעל מפרקים פסטרים מותניים ימין יתר משמאל

מסוגלת לעמוד על קצה של אצבעות ו עקבים

בדיקות שבוצעו

MRI

תאריך: 24/12/2023 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 LEFT>RIGHT

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70005 1		בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד 02/03/2025 10:31 דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383		

המשך טיפול

לא

המלצות

המלצה: Lumbar Facet Joint (Medial branch nerve block-63004rt
SACROILIAC JOINT INJECTION תחת שיקוף רנטגן- 63004rt ----
יש להצטייד בשתי טופסי 17 בניפרד לאור טיפול באזורים אנטומים שונים

חתימה:

נחתם ע"י: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה . חולון 5845321

מספר קבלה: 3521298701

תאריך ביקור: 02/03/2025 10:08



**חשוב לשאול את הצוות המטפל 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי:
מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?**

בתאריך: 02/03/2025, 10:32

המסמך הודפס ע"י דר' בודובסקי ארקדי

****חסי אישי****



סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22. חולון 5845321

מספר קבלה: 3526039701

תאריך ביקור: 10/06/2025 12:12

טלפון: 03-9372767

פקס: 03-9372500

מחלקה: היחידה לשיכון כאב

מנהל: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

אח/ות אחראית: סמדר גופמן

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION	72402			✓			
Lumbar radicular pain	7244						
Lumbar Facet joint pain	71948	Right					
SACROILIAC PAIN	7246						

לא ידועה רגישות לתרופות

תלונת החולה

04.09.2024 ביקור ראשון במרפאתינו. כאבים בגב תחתון בפיזור L5 - LEFT לאורך 10 חודשים. בעבר טופלה עם שיפור זמני של 2 חודשים ד"ר מדוויק ל 4 SNRB L5-S1 פעמים. הוחלט להתקדם לגלי רדיו.

30/10/2024 RF DRG LT L5 היום קיבלה

02.03.2025 מצב לאחר RF ל שורש L5 LT הקלה זמנית עד הנפילה וחבלצת פניפם וגב תחתון במהלך עבודה כאבים רדיקולרים חזרו מצד שמאל ו בצד יצן כאבים חדשים איזור ע"ש מותני קורן לעכז מימין

אקסטנסיה של עמייש מותני מחמירה כאב

רגישות מעל מפרקים פסטרים מותניים ימין יתר משמאל

מסוגלת לעמוד על קצה של אצבעות ו עקבים

בדיקות שבוצעו

MRI

תאריך: 24/12/2023 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 LEFT>RIGHT

פעולות

הזן ע"י	הזן בתאריך	מהלך הניתוח	ממצאים
דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383	10/06/2025 12:16	הזרקה תחת שיקוף רנטגן לתוך ה- Sacroiliac joint RT לאחר הסבר מפורט על הפעולה, תופעות הלוואי האפשריות, סיכונים ודרכי טיפול חלופיות, התקבלה הסכמה בעל פה ובכתב מהמטופל/ת. מהלך הפעולה: המטופל/ת הושכב/ה בדרך המקובלת, בוצעה רחצה אספטית והמקום כוסה בכיסויים סטריליים. לאחר מכן ניתנה הרדמה מקומית ג. Lidocaine 1% 3 ml המיקום המדויק לאזור האנטומי השייך ל- Sacroiliac joint בקוטב התחתון	



מרכז רפואי רבין
בית חולים השרון



		של המפרק, בוצע על ידי שיקוף רנטגן במנחי . Oblique, Laterally לאזור זה הוחדר מחט מסוג Spinal 22G. הזרקת חומר ניגוד: 1 ק / ml - OMNIPAQUE 300 לאחר גילוי פיזור חומר הניגוד בתוך ה-Sacroiliac joint הוזרק Diprospan 7mg, Lidocaine 1% - 4ml מהלך הפעולה עבר ללא סיבוכים והמטופל/ת נשארה/ה להשגחה בחדר התאוששות. בסיום הטיפול וההשגחה שוחררה/ה לביתה/ה במצב כללי משביע רצון. על המטופל/ת לפנות מידית לחדר המיון במידה ויופיעו הסימנים הבאים: כל חסר ניירולוגי חדש, חום מעל 38 מעלות, אודם חום מקומי ו/או הפרשה מאזור ההזרקה.	
דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383	10/06/2025 12:13	Lumbar Facet joint Medial branch nerve block לאחר הסבר מפורט על הפעולה, תופעות הלוואי האפשריות, סיכונים ודרכי טיפול חלופיות, התקבלה הסכמה בעל פה ובכתב מהמטופל/ת. מהלך הפעולה: המטופל/ת הושכבה/ה בדרך המקובלת, בוצעה רחצה אספטית והמקום כוסה בכיסויים סטריליים. לאחר מכן ניתנה הרדמה מקומית ב- Lidocaine 1% 3 ml המיקום המדויק לאזור האנטומי של חיבור בין התהליך הרוחבי והתהליך במפרק העולה The transverse process and the superior articular process השייך להולכה של Medial branch nerve - עצב ה- הנ"ל בגובה L3, L4, L5 מצד / ימין, L5 Dorsal Ramus - לאורך הצומת העולה במפרק ה-sacral ala - לשולים העליונים של העצם הנ"ל - מצד / ימין, בוצע על ידי שיקוף רנטגן במנחי Anterior-posterior, Oblique, Laterally לאזור זה הוחדר מחט מסוג Spinal 22G. דרך המחט הנ"ל הוזרק Depomedrol 20mg, Lidocaine 1% - 2ml לכל אחד מהם.	Lumbar Facet Joint (Medial branch nerve block-63004rt SACROILIAC JOINT INJECTION 63004rt ---- תחת שיקוף רנטגן

מקצוע
כללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים השרון



	מהלך הפעולה עבר ללא סיבוכים והמטופל/ת הושאר/ה להשגחה בחדר התאוששות. בסיום הטיפול וההשגחה שוחרר/ה לביתו/ה במצב כללי משביע רצון. על המטופל/ת לפנות מידית לחדר המיון במידה ויופיעו הסימנים הבאים: כל חסר ניירולוגי חדש, חום מעל 38 מעלות, אודם חום מקומי ו/או הפרשה מאזור ההזרקה.	
--	--	--

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
63004	2	שיכון כאב כרוני, בהנחיית שיקוף עם חומר ניגוד 12:15 10/06/2025	24383	מ.ר. ארקדי

הוראות ומדדים

תאריך ושעה	קטגוריה מדד	תוצאות והערות
16:07 10/06/2025	מדדים	חום 36.5
	מדדים	דופק 75
	מדדים	לחץ דם 95/63
	מדדים	סטורציה 100

המשך טיפול

קוד פעולה	מועד המשך טיפול	הערות
70116	2 חודשים	בדיקת רופא מומחה מרחוק, למעט בדיקות להן קוד מיוחד

נחתם ע"י: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

חתימה:

חשוב לשאול את הצוות המטפל 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי:
מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

בתאריך: 10/06/2025, 18:26

המסמך הודפס ע"י דר' בודובסקי ארקדי

*** חסוי אש ***

רופא מטפל:	רישיון:
דר' בודובסקי ארקדי	24383

חתימה דיגיטלית:

סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22 . חולון 5845321

מספר קבלה: 3526039701

תאריך ביקור: 10/06/2025 12:12

מקבוצת
נללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים השרון



25/07/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	בן דוד חן	00-01785460-5	47.08	נ	26/11/1977
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שמואל
רפאל איתן	1 / 22	58	7997686	58	7997686
חולון	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250639423 מספר זיהוי הפניה: 33761235751

תאריך הפניה: 10/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

רשיון רופא: 35232

מרפאה: מרפאה יועצת חולון

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 13/02/2025

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
12	הדרכה לתרגול בבית
1	הערכה מחדש- בדיקה
2	טיפול ב-TENS
2	תרגול כללי

גב תחתון	איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
		דו צדדי	9	

הערכת מטפל: 4-החמרה במצב

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 25/07/2025
 04/07/2025
 06/06/2025
 22/05/2025
 09/05/2025
 24/04/2025
 07/04/2025
 27/03/2025
 10/03/2025
 03/03/2025
 20/02/2025
 13/02/2025

ידידיה רפאל וקנין

שם מטפל

10191831

מספר רשיון

חתימה וחותמת

מלית
 מרכז רפואה יעצת חילון
 פיזיותרפיסט מ.ר. 10-191831
 מכון פיזיותרפיה טל: 03-7471206
 מרכז רפואה יעצת חילון

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	בן דוד	חן	17854605	שם האב
שם פרטי	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
רפאל איתן	1/22	חולון	מיקוד	טלפון
רחוב	מס'	עיר		

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או 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 ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או 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 ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1/9/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ חן בן דוד
ת.ז. מס' _____ 17854605, מרחוב _____ רפאל איתן 1/22, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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, ו/או 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 ו/או 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 ו/או 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 1 לחודש 9 שנה 25

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מורד
מ.ר. 62254
עו"ד