

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור.

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת"ז: 313289282
גיל: 30	מין: נקבה	טלפון נייד: 0509807172
תאריך ביקור: 02:14 26/09/2025	מספר ביקור: 00370126092025	קופת חולים: קופ"ח מכבי
כתובת: הוז דב 8 אור יהודה 6020808		

אבחנות מסכמות

- Injury of head [trauma] (959.01)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בת 30, בריאה בד"כ. לדבריה היום נפל עליה ארגז כבד בעבודתה על הגב + צוואר + ראש. שוללת נפילה/ עילפון/ אובדן הכרה. ללא הקאות. בקבלתה - יציבה וחיונית, ללא הגבלה בתנועה.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
02:29 26/09/2025	4				
02:26 26/09/2025			56		100
02:25 26/09/2025		36.7		110 / 74	

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' סורודג'ון יוסף מ.ר. 176134 02:51 26/09/2025

בת 30 לפני כשבוע נחבלה בזמן עבודתה - נפל משא כבד על הראש והצוואר שלה, פנתה למיון במוסדנו ושוחררה כעת פונה לאור החמרה בכאבים בבדיקתה צוואר חופשי מתהלכת בתבנית תקינה ללא חסר נורולוגי גם בפיזור L2S1 ו C5T1 ללא סמני UMN

המלצות

פרטים

תאריך ושעה

26/09/2025 02:52
שיכון כאב לפי צורך
מעקב רופא מטפל
השלמת CT עם צווארי ולאחר מכן ביקורת אורטופד בקופ"ח

שם מלא: חג'מי הודיה 313289282

נחתם ע"י: דר' סורודג'ון יוסף מ.ר. 176134
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.
במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לבירור תשובת תרבות/ירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה
משתחררים ממיון? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אונליין מהבית



למידע נוסף סרוקו

שם: חג'מי ת.ז.: 0 313289282 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 2/07/2026

בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
טלפון: 03-7644444 מייל: 251040182

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 251040182

היננו מאשרים כי חג'מי הודיה ת.ז.: 313289282
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 30

לשימוש המוסד נותן השרות:

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
313289282	251040182	05102025

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	מס
CPT	בנותן שרות	כניסה/טיפול	יציאה	1
01 0 72127	50601	5/10/2025	1	1

ישוב: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה אופירה 1
מתאם שרות: טל: 03-5387222

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

נספח להתחייבות מספר 251040182:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות.
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.
אתר אסותא מרכזים לזימון תורים: [HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החייל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה מבוצעת באחת משלוחות אלה.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

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

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

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



קוד הפניה: 455565104

טלפון:
פקס:
כתובת:

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

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב
(C.T) טומוגרפיה ממוחשבת
20 הברזל
69710
03-7644444

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		עמוד שדרה צווארי

מידע נוסף	פירוט
אסטמה	כן

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
14/07/2025	83 ימים	0.92	Creatinine
14/07/2025	83 ימים	84	eGFR

שם הרופא: יועץ חיצוני

תאריך: 05/10/2025

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 05/10/2025 עד תאריך - 02/07/2026

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



034022

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33

תאריך הביקור: 05/10/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
PRIZMA 20MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. PRIZMA 20MG X 30 < 1 OP > [9274] CAP. FLUTINE 20MG X 30 < 1 OP > [9346]
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 24 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבו	19/09/2025	19/10/2025
אישור	אישור רפואי		
דף מידע	תאונת עבודה – מידע לחבר		

פרטי גורם מטפל

מס ביקור

000327729542

שם גורם מטפל: ד"ר שהינו לריסה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246



פרטי מטופל

ת"ז

0313289282

שם מטופל: חג'מי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים ו-7 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

מין: נ

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 05/10/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. fluoxetine hcl 20 mg * PRIZMA, FLUTINE	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום * עם האוכל	30 ימים	1 טבליה				05/10/2025-02/11/2025	- כמות לניפוק: TAB 30 ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	24 ימים	1 טבליה				05/10/2025-02/11/2025	- כמות לניפוק: TAB 24 ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

פרטי גורם מטפל

מס ביקור


000326444170

פקס: 073-2132117

שם גורם מטפל: ד"ר אלפרוב ודים

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222



פרטי מטופל

ת"ז


0313289282

מין: נ

שם מטופל: חג'מי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 30 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 18/09/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
oral drops valerian 25 mg/ml VALERIAN DR 10ML, * VALERIAN DR 20ML, VALETON	לבליעה 40 טיפות 1 פעם ביום	20 ימים	40 טיפות				18/09/2025-16/10/2025	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

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

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב גדעון	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	UPS חברת משלוחים	מיון חבילות	
ת. פגיעה 18/09/2025	שעה 01:00	התעסקות בשעת הפגיעה עבדה במתקן		
האיבר שנפגע ראש, צוואר, גב	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

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

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42
חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה
כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון.

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44
נבדקה במיון
לא איבדה הכרה
עדיין כאבים בראש, צוואר, גב
מרגישה לחץ וסטרט

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42
יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון,
ללא חוסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44
ללא הגבלה בתנועות צוואר
רגישות קלה מעל עמ"ש
ללא סימני חסר נוירולוגי

אבחנה:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

מסמך אישור
דינטיס
מכבי

034022

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

פרטי הנבדק:

טל. עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

מיקוד 6020808

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

(בכלל)

19/10/2025

עד יום:

19/09/2025

במשך: 31 ימים, היינו מיום:

05/10/2025

אישור
רפואי
מכבי
שירותי בריאות

חתימה וחומת 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.

תאריך: 05/10/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל. עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

אישור רפואי

תלונות: עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

אבחנות:

• LEG PAIN

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

05/10/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 20/10/2025

מ.ר. גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: הודיה

ת.ז.: 313289282

טל. עבודה/נייד: 0509807172

מיקוד 6020808

טלפון: 035333954

מין: נ

ת. לידה: 05/03/1995

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0313289282

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 19/09/2025 עד יום: 27/10/2025 סה"כ: 39 ימים.

20/10/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חתימה וחותמת הרופא

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



0313289282

כתובת:

הוז דב 8, אור יהודה

מיקוד 6020808

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב גדעון	שכיר	שם המעביד וכתובתו
-----------------	------	-------------------

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42 יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון, ללא חוסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44 ללא הגבלה בתנועות צוואר רגישות קלה מעל עמ"ש ללא סימני חסר נוירולוגי

בביקור בתאריך 20/10/2025 בשעה 14:57:39 עדיין כאבים בצוואר, גב וראש מאז תאונה חשה מתח וחרדה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 8 ימים, היינו מיום: 20/10/2025

עד יום: 27/10/2025 (בכלל).

20/10/2025

תאריך הבדיקה

ד"ר ש.ה.ג.ר.
רופא פנימית
מ.ר. 034022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 20/10/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

מיקוד 6020808

אישור רפואי

תלונות: בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42 חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון.

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44 נבדקה במיון, הומלץ על CT עמ"ש צווארי לא איבדה הכרה עדיין כאבים בראש, צוואר, גב מרגישה לחץ וסטרוס

בביקור בתאריך 20/10/2025 בשעה 14:57:39 עדיין כאבים בגב, צוואר וראש חשה מתח וחרדה מאז נפילה עדיין כאבים ברגל שמאל מאז תאונה ב-2024

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

אבחנות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

בעיות ידועות:

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

20/10/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא