



טלפון: 03-5004444

פקס: 073-2132665

כתובת: קדושי קהיר 20, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 209588847

שם פרטי: ונסה

שם משפחה: דיאמונד ניניו

טל.עבודה/נייד: 0546896600

0546896600

טלפון:

מין: נ

21/07/1981

ת.לידה:



0209588847

מיקוד 5948209

הרצל 81/5, בת ים

כתובת:

אישור רפואי

מיועד ל: ביטוח לאומי

תלונות:

ב- 19.12.24 עברה תאונה - שברה שתי קרסוליים.
ב 27.12.24 נותחה בהרדמה כללית ORIF קרסול ימין פלטה לפטישון לטרלי, בורג לפרגמנט שאפוט.
במעקב רואתופדי בשיבא.
מאז כאבים כרוניים וקושי בתפקוד. עדיין בטיפול פיזיותרפיה.
ללא הטבה מספקת תחת טיפול תרופתי לכאבים.
חזרה לעבוד מה - 1.11.25, אך הכאבים חזרו.
סובלת מנפיחות לאחר עמידה ממושכת. כאבים בחזקים בדריכה ראשונית.
לוקח זמן רב להתארגן לעבודה (כל פעם מעל שעה).
עושה מאמצים רבים כדי לחזור לשגרת חיים רגילה אך מתקשה מאוד עקב הכאבים והנפיחות בקרסוליים.

בביקור בתאריך 10/11/2025 בשעה 13:59:36

אבחנות:

- ANKLE PAIN
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

בעיות ידועות:

- TOBACCO USE DISORDER (17/08/2020)

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 לפניו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו 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 מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

10/11/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך