

תאריך: 17/11/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



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:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 17/11/2025 עד יום: 30/11/2025 סה"כ: 14 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

17/11/2025

תאריך



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

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שם האב	שכיר
	גדעון	כן

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 09/11/2025 בשעה 10:21:40

משתעלת הרבה

ריאות-כניסת אוויר דו"צ, חירחורים ממוקר עליון משתנים בשיעול

קולות לב סדירים

בביקור בתאריך 17/11/2025 בשעה 14:06:01

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN
- ADJUSTMENT REACTION
- BRONCHITIS ACUTE

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,

19/09/2025

70 ימים, היינו מיום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

עד יום: 27/11/2025 (בכלל).

17/11/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא