

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

7.1.26

מ.ל.ב.

אגף הרישוי - משרד התחבורה
מרחוב הלוחמים 1, חולון 5825136

א.ג.נ. שלום רב,

הנדון: חן אוזן, ת.ז. 027152297

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מרשי שבנדון, יליד 10/4/74, היה מעורב במספר תאונות (4) אשר הותירו אותו נכה עם נכויות במספר תחומים.

2. נכותו של מרשי מחמת התאונות משפיעה על כל תחומי החיים, הוא נזקק למעקב וטיפול רפואי איטנסיבי ורציף, ניטור מדדים וטיפולים תרופתיים במספר תחומי מומחיות במרפאות השונות.

3. מחמת מצבו נאלץ מרשי לעבור ניתוחי עמוד שדרה עם כריתת דיסק וקיבוע עמוד השדרה עם מוטות ברגים ושתל עצם.

4. לאחרונה הוחלט על אשפוזו לצורך ניתוח נוסף והשתלת אלקטרודה לאיזון ושיכוך כאב במטרה לאפשר לו התנהלות יומיומית כלשהי.

5. מרשי תלוי תלות רבה בזולת – בביצוע רוב פעולות היומיום ברוב שעות

היממה.

*רצ"ב תעודות רפואיות עדכניות.

6. בהינתן כל האמור ובהתחשב בקביעות מפורשות של מומחים רפואיים הן מטעם הקהילה והן מטעם המוסד לביטוח לאומי אבקשכם לסייע ולאפשר לו גישה נוחה לקבלת טיפולים רפואיים והחלמתו אבקשכם לאשר למרשי תג חניה לנכה לרכבים בהם הוא נעזר לצרכי נידותו.

להלן מספרי הרכב :

רכב נושא מספר רישוי 49-138-32

1. למכתבי הנ"ל מצורפים המסמכים הבאים :

א. רישיון רכב כמפורט לעיל.

ב. העתק תעודת זהות עם ספח.

ג. צילום המחאה.

ד. תעודות רפואיות.

2. על מנת לאפשר למרשי לקבל את הטיפול הרפואי לו הוא זקוק ועל מנת להקל על חומרת מצבו וכושר ניידותו המוגבל הנכם מתבקשים לאשר למרשי תג נכה כמפורט לעיל.

3. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: CamScanner 10.24 28.10.2025 (עמודים 5 עד 5)	5
נספח 2: הפנייה להשתלת קוצב כאב-ספטמבר 24 (עמודים 7 עד 10)	7
נספח 3: סיכום השתלת קוצב קבוע (עמודים 12 עד 14)	12
נספח 4: תעודת מושתל 2 (עמודים 16 עד 16)	16
נספח 5: תעודת מושתל (עמודים 18 עד 18)	18
נספח 6: צילום המחאה (עמודים 20 עד 20)	20
נספח 7: צילום רג (עמודים 22 עד 22)	22
נספח 8: רישיון רכב (עמודים 24 עד 24)	24



נספח 1 :

CamScanner 10.24 28.10.2025

(עמודים 5 עד 5)





קבוצת הבריאות הטובה בישראל

תאריך: 27.10.2025

הנדון: השתלת מערכת קבועה לשיכור כאב

שם המטופל: אוזן חן חיים ת.ז. 027152297

שם רופא ממליץ(מומחה לכאב): ד"ר גאבר מוחמד ביה"ח: שערי צדק

תאריך ניתוח: יקבע לאחר האישור ממכבי

טלפון ליצירת קשר (מרפאת כאב): 077-2245189

בתאריך: 21.10.2025 בוצעה השתלת אלקטרודה בודדת בעלת 8 קטבים של חברת ABBOTT באורך 60 ס"מ עד לגובה חוליה T8_ בקו אמצע.

לאחר מתן גירוי בכל הקטבים קיבלנו כיסוי של איזורי כאב בקטבים (1-8) 3-4 עם פרסטזיה באזור הכאב.

לאחר שבוע של ניסיון המטופל מדווח על הקלה ניכרת בכאביו. לכן נבקש אישור להמשיך לשלב ב' – השתלה קבועה.

מסמכים מצורפים: סיכום ביקור

סוג האלקטרודות: קבועות

שם הספק לשלב ב': מדוגר מכשור רפאי - ABBOTT

נא לפרט נימוקים לבחירת המערכת הספציפית שנבחרה (עמידות MRI והטענה):

אלקטרודות

מספר אלקטרודות: 2:

מספר קטבים: 8

מותאמות MRI: כן

קוד מכבי: 991996041 (כמות 2)

מערכת קיצוב

קוצב: מערכת קוצב 4 נטען Eterna (עמיד MRI)

קוד מכבי: 991993159 (כמות 1)

נא לספק גם טופס התחייבות עם קוד C0495 עבור מרפאת ביה"ח שערי צדק.

חתימת הרופא וחותמת: ד"ר ג'אבר מוחמד

מרפאת כאב

שערי צדק

ד"ר גאבר מוחמד
מומחה בהרדמה וברפואה לשיכור כאב
מ.ר. 121159-1
מ.ר.מ. 39505-1
המרכז הרפואי שערי צדק
1-46234-1

נספח 2 :

הפנייה להשתלת קוצב כאב-ספטמבר 24

(עמודים 7 עד 10)





תאריך הדפסה: 08/09/25 09:53

דף 1 מתוך 2

סיכום ביקור

כאב - ד"ר יהוד ראובן

טלפון זימון תורים: 02-6555999

פקס מרפאה: 02-6666620

שם:	אוזן חיים חן (UZAN HAIM HEN)	תאריך ביקור:	08/09/2025 08:51
מספר זהות:	0-027152297		
שם האב:	רמי	תאריך לידה:	10/04/1974
כתובת:	הממציא 5 ירושלים	גיל:	51
מס' טלפון:	054-6664663	מס' סלולרי:	054-6664663

אבחנות פעילות:

CERVICALGIA / NECK PAIN - Bilateral
 LOW BACK PAIN (LBP) - Bilateral
 LUMBAR RADICULOPATHY - Bilateral, L5-S1
 SPINAL STENOSIS - LUMBAR, L3-4

SPINAL STENOSIS - S/P LUMBAR LAMINECTOMY

CERVICAL RADICULOPATHY
 BILIARY PANCREATITIS
 ESOPHAGEAL REFLUX
 BARIATRIC SURGERY

ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY
 ANTERIOR CERVICAL FUSION
 ONE ANASTOMOTIC GASTRIC BYPASS (LAP MINI GASTRIC BYPASS)
 LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS 12/2024
 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
 CERVICAL LAMINECTOMY

אבחנות ברקע:

אבחנות בעבר:

ניתוחים בעבר:

תלונה עיקרית/סיבת הגעה:

כאבי צוואר וגב תחתון

מחלה נוכחית:

בן 51 ברקע השמנת יתר.

במעקב מרפאת כאב בבילנסון

מלין על כאבי גב תחתון וצוואר

מבחינת גב תחתון מקרין לשתי רגליים עד לקרסול,

שולל אי שלילטה על סוגרים, לסירוגין ירידת כח ברגל ימין.

בצוואר מציין הקרנה לידיים בפיזור אולנארי,

אם כי ב EMG - רושם ל היצרות ב קוביטאל דו"צ.

עבני שני ניתוחי ע"ש

בית חולים שערי צדק
 ד"ר ראובן יהוד
 מ.ר. 1-126695
 מומחה בכירורגיה אורולוגית
 מתמחה ברפואה לשיכור כאב
 מחלקת הרדמה-יחידת כאב



תאריך הדפסה: 08/09/25 09:53

דף 2 מתוך 2

MRI ע"ש מותני - 2023 היצרות סיפינאלית בינונית L3-4 עם היצרות פוראמינאלית, רקמת גרנוליצה עם היצרות סיפינאלית בגובה L4-5
לציין עבר מספר התערביות כולל ESI + זריקות סלקטיביות במספר גבהים ללא שיפור, לדבריו באחת הזריקות סבל מפרסטוזיה ממוכת ברגל ימין לאחר התערבות.
סירופ אוקסיקוד 3מ"ג *3/ביום
בעבר ליריקה ללא הטבה.
מתאר הפרעת שינה קשה.

רקע רפואי ניתוחים:

ניתוח בריאטרי.
למינקטומיה 2*
דקומפרסיה צווארית

בדיקה גופנית:

הליכה אנטאליגית
כח גס ותחושה שמורים 5/5 בכל התחנות.
החזרים הופקו
SLR חיובי דו"צ 30 מעלות
רגישות פרספינאלית מותנית
FARBER שלילי,
LEG ROALL שלילי
מפרקים תקנים.

סיכום:

FBSS

עם מרכיב רדיקולארי ברור דו"צ מתאם לגובה L5-S1
לאחר מספר זריקות סלקטיביות עם החמרה לדבריה בעקבות פרסטסיות,
הוצע אפשרות של SCS מותני
יופנה ל- SCS TRIAL
יתחיל PO ELATROL 25MG פעם ביום. ולאחר שבועיים ניתן להעלות מ"ג 1* /ביום (בנוכחות אקג תקין)
פיזיותרפיה לצוואר. וולטרן לצוואר
גמילה הדרגתית מאוקסיקוד.
שימוש במדבקת בוטראנס 5MCG/H למרחת רגישות מוקדית בעור (תגובה מוכרת) להחלפה אחת לשבוע.

08/09/25 09:53

תאריך חתימה:

ד"ר יהוד ראובן
מ.ר: 000126695

חתימה:

בית חולים שערי צדק
ד"ר ראובן יהוד
מ.ר 1-126695
מזמחה בכירורגיה אורולוגית
מתמחה ברפואה לשגגן כאב
מחלקת הרדמה-יחידת כאב



קבוצת הבריאות הטובה בישראל

הנדון: השתלת מערכת לשיכור כאב שלב א' – המלצה לתקופת ניסיון

שם המטופל: _____ ת.ז. _____

תאריך ניתוח ייקבע לאחר קבלת אישור הקופה

סיבה רפואית להשתלה:

מוכר למחלקתנו מתאריך:

אבחנות כאב(כולל תאריכים) :

תאר את אופי הכאב ומיקומו בגוף:

3-5, 5-5, 5-5

תרופות שנוסו (משך ומינונים)

ס'ריו אקסיוק?

טיפולים פולשניים שנוסו (מה, מתי, כמה ומה הייתה התגובה):

טיפולים כירורגיים שנוסו (אם נוסו)

לסיכום – האם מוצה טיפול תרופתי ופולשני?

SCS Trial

יש לצרף תוצאות בדיקות רלוונטיות (דימות, EMG, בדיקות וסקולריות) מסמכים מצורפים:



קבוצת הבריאות הטובה בישראל

סוג האלקטרונית: זמנית

שם הספק לשלב א':

מספר אלקטרונית: 1

מספר קטבים: 8

מותאמות MRI: ק

מק"ט החברה: RET3141

קוד מכבי: 991998038

נא לספק גם סופס 17 עם קוד C0494

בית חולים סגור צדק
ד"ר ראובן יהוד
מ. 1-4255555 מ. 1-43652
תחנתה בכיכר מ. 1-43652
תחנתה ברמתה לשיכון 2
תחנתה הרדמה - חדר נא

חתימת הרופא וחתימת:

תאריך: 8/9/25



נספח 3 :

סיכות השתלת קוצב קבוע

(עמודים 12 עד 14)



תאריך הדפסה: 23/12/2025

דף 1 מתוך 3

Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem

Affiliated with the Hebrew University School of Medicine, Jerusalem

**המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים (ע"ר)**

מסונף לביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים

נס"ז

מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות**סיכום אשפוז**

מנהל המחלקה: פרופ' גזול ג'ין יע
שם האב: רמי
מספר זהות: 0-027152297
טלפון: 054-6664663
תאריך לידה: 10/04/1974
ארץ לידה אב:
תאריך שחרור:

סוג קבלה: אלקטיבי
שם פרטי: חיים חן
מזב משפחתי: נשוי/אה
שנת עליה:

מחלקה: כיר- יום
שם משפחה: און
מספר אשפוז: 20525646
כתובת: הממציא 5 ירושלים
מין: זכר
ארץ לידה:
תאריך קבלה: 23/12/2025
קופת חולים: מכבי

תנועות:

תאריך יציאה

תאריך כניסה
23/12/2025מחלקה
כיר- יום**אבחנות פעילות:**

LUMBAR RADICULOPATHY - Bilateral, L5-S1

אבחנות בעבר:

DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) - ARM - Left, סביב, אשפוז, סביב, IV LINE במהלך אשפוז, סביב, Left, ARM -

ESOPHAGEAL REFLUX

GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD)

PERITONEAL ADHESIONS (POSTOPERATIVE) (POSTINFECTION)

NON ALCOHOLIC STEATOHEPATOSIS (NASH)

CHOLELITHIASIS

CALCULUS OF GALLBLADDER WITH ACUTE CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION - Primary

CALCULUS OF GALLBLADDER WITH OTHER CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION - Primary

SYMPTOMATIC CHOLELITHIASIS

BILIARY PANCREATITIS

CERVICALGIA / NECK PAIN - Bilateral

CERVICAL RADICULOPATHY

SPINAL STENOSIS - LUMBAR, L3-4

SPINAL STENOSIS - S/P LUMBAR LAMINECTOMY

LOW BACK PAIN (LBP) - Bilateral

BACK PAIN

ELEVATED LIVER ENZYMES / FUNCTION TESTS

BARIATRIC SURGERY

ניתוחים בעבר:

CERVICAL LAMINECTOMY

ONE ANASTOMOTIC GASTRIC BYPASS (LAP MINI GASTRIC BYPASS)

מספר גירסה: 1

שים לב ! מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות

מספר אשפוז: 20525646

מ. זהות: 0-027152297 (027152297)

שם: און חיים חן

תאריך הדפסה: 23/12/2025

דף 2 מתוך 3

ניתוחים בעבר:

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY - Primary 12/24
LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS 12/24
LAPAROSCOPIC LYSIS OF PERITONEAL ADHESIONS 12/24
ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY
ANTERIOR CERVICAL FUSION
INSERTION OF SPINAL CORD STIMULATOR, trial

הצגת החולה:

בן 51, נשוי

תלונה עיקרית:

החמרה של כאבים כרוניים.
להמשך טיפול מתוכנן.

מחלה נוכחית:

לדבר/יה לא חל שינוי במצב הבריאות הכללי מפרוצדורה הקודמת.
מציין /ת שיפור זמני בכאבים



רגישויות:

לא ידוע על רגישות

בדיקה גופנית בקבלה:

חיוני
בהכרה מלאה
יציב המודינאמית ונשימתית
במצב כללי טוב ללא חום

מהלך ודיון:

ניתוח:

:UNDER FLUOROSCOPIC GUIDED CONTROL
SPINAL CORD STIMULATOR INSERTION PERMANENT

לאחר תקופת נסיון של 7 ימים דווח המטופל על הקלה ניכרת בכאבים, ולכן הוחלט על ביצוע השתלה קבועה של spinal cord stimulator permanent.

טרם ביצעו ההליך קיבל המטופל הסבר מפורט תוך מתן דגש על תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים ולאחר שהבין, נתן המטופל את הסכמתו וחתם על טופס הסכמה.

לאחר השכבת המטופל על ביטנו ומתן אנטיביוטיקה מניעתית 2 CEFAMEZINE ג"ם, בוצע חיטוי אספטי והונח כיסוי סטרילי כמקובל.

דף 3 מתוך 3

בוצע ניסוי שני ע"י אלקטרודה שנייה שנכשל טכנית.

- 14 -



0306611906



028947



קוד הפניה: 448146569

טלפון: 02-6238238

פקס: 0732132687

כתובת: אגריפס 40, ירושלים

התמחויות:

מומחה בנוירולוגיה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

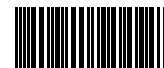
שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

10/04/1974

ת.לידה:



0027152297

מיקוד 9312305

הממציא 5/6, ירושלים

כתובת:

C.T הפניה למכון דימות -

שם המכון:

בית חולים סנט ג'וזף

תלונות:

בשנם אחרונות עבר 3 ת.ד. עם חבלת ראש.

סובל מי כאבי ראש שצוואר שנים.

עבר CT ראש:

בוצע CT של המוח ללא ועם חומר ניגודי

ברקע - אנומליה וירידית מולדת פרונטלית ימנית. (DVA)

ממצאים:

אין עדות לדמם תוך גולגולתי.

קו האמצע שמור, ללא אפקט מסה.

חדרים, חריצים, ציסטרנות ופיסורות בגדר הנורמה לגיל.

הפרדה טובה בין חומר אפור ללבן.

מבנה הגומה האחורית בגדר הנורמה.

ללא עדות להאדרה פתולוגית תוך מוחית לאחר הזרקת חומר ניגוד.

לסיכום - פרט ל-DVA פרונטלי ימני מבנה המוח בגדר הנורמה.

=====

בוצע CTA של המח לאחר הזרקת

הסריקה בוצעה מגובה C2 עד הקמרן העליון.

ברקע - מיגרנות.

ממצאים:

מראה תקין של שני עורקי הקרוטידיים הפנימיים הצוואריים ושני עורקי הורטברליים מימין ומשמאל המודגמים בסריקה.

מראה תקין של שני עורקי הקרוטידיים הפנימיים במקטעים המוחיים מימין ומשמאל.

מראה תקין של העורק הבזילרי ושני עורקי ה-MCA מימין ומשמאל.

ללא עדות למפרצת מוחית בכלי הדם המוחיים הגדולים ברזולוציית הבדיקה.

הסינוסים הורידיים המוחיים הגדולים במראה תקין, ללא עדות ל-SVT.

לסיכום: מראה תקין של כלי הדם המוחיים הגדולים.

ב2016 עבר רניתוח בצוואר עם שיפור מסוים בכאבים, ממשיך חזקת במרפאת כאב.

אובחן גם כסובלת מי PTSD.

לאחרונה - החמרה של כאבי ראש דיפוזיים לוחצים יום-יומיים, פראסטיות בכף יד ימין באצבעות 4-5 דו-תצדדי יותר בשעות הלילה.

ברקע: בדיכ בירא

כאבי גב

ממצאים:

רגישות והגבלה בתנועות בצוואר וגב תחתון.

ללא ממצאים פתולוגיים ברורים נוספים

אבחנה:

- HEADACHE
- POSTRAUMATIC
- CERVICAL ROOT SYNDROME
- POSTRAUMATIC
- LOW BACK PAIN
- PARESTHESIA
- R/O ULNAR NEUROPATHY BIL



0306611906



028947



קוד הפניה: 448146569

טלפון: 02-6238238

פקס: 0732132687

כתובת: אגריפס 40, ירושלים

התמחויות:

מומחה בניירולוגיה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

ת.לידה: 10/04/1974



0027152297

מיקוד 9312305

כתובת: הממציא 5/6, ירושלים

הפניה למכון דימות - C.T

בעיות ידועות:

- TRAUMA ACCIDENTAL (07/2022) 2018
- HYPOGLYCEMIA UNS (05/2025)
- HYPERSECRETION CORTISOL (03/2024)
- PAIN CHRONIC (07/2022)
- NON ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS - NASH (07/2023)
- BARIATRIC SURGERY Status Post (02/2024)
- GASTRIC BYPASS (02/2024) LSAGB, Laparoscopic Single Anastomosis Gastric Bypass
- REFLUX ESOPHAGEAL (12/2022)
- PLEURAL EFFUSION Left (03/2024)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (02/2024)
- BACKACHE (11/2020)
- LUMBAR DISC DIS NO MYELOPATHY (11/2020) displacement
- DEEP VEIN THROM LOWER EXTREMITIES (DVT) (07/2022) 04.01.22
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (07/2022)
- INSOMNIA UNS (07/2022)
- ABNORMAL IMAGING TEST UNS (09/2023) frontal DVA per Brain CT
- SMOKER TOBACCO (07/2022)

רגישויות לתרופות:

פריחה באזור הדבקה - BUTRANS 10MCG/H - 03/08/2023
03/08/2023 - BUPRENORPHINE -

תרופות קבועות:

טיפול לא רציף WEGOVY 0.5MG X 4D
OXYCOD FORTE 30ML 10MG/ML 3X3X30
LYRICA 150MG X 56 1X2X90
NEXIUM 40MG X 28 1X1X90
TARIM-MAC 100MG X 8 1X1X8
VITAMIN D3 1000IU X30 2X1X30

מעשנת : כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039	לפני ולאחר הזרקת חומר ניגודי	CT מוח

שאלה לרדיולוג:

לשלול SOL

פרוט	מידע נוסף
לא / לא ידוע	רגישות לידוד?
כן	האם ידוע על אסתמה?
לא	האם האסתמה פעילה? (מטופל במשאף או התקף אסתמה במהלך חודשיים אחרונים)
לא	מטופל בתרופה המכילה את המרכיב מטפורמין

תאריך: 13/08/2025

מכבי שירותי בריאות

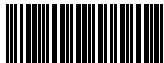
ד"ר לינצקי אדוארד

נזירולוגיה

התמחויות:

מומחה בנזירולוגיה

מ.ר גורם מפנה



0306611906



028947

קוד הפניה: 448146569



טלפון: 02-6238238

פקס: 0732132687

כתובת: אגריפס 40, ירושלים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

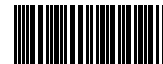
שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

10/04/1974

ת.לידה:



0027152297

מיקוד 9312305

הממציא 5/6, ירושלים

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
19/03/2025	4 חודשים	0.88	Creatinine (B)
19/03/2025	4 חודשים	100	eGFR

שם הרופא: ד"ר לינצקי אדוארד

תאריך: 13/08/2025

על הנבדק/ת להגיע לבדיקה עם תפקודי כליה עדכניים
עקב כך שאסתמה אינה פעילה, אין צורך בהכנה עם סטרואידים לפני ביצוע בדיקה עם חומר ניגודי

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 13/08/2025 עד תאריך - 10/05/2026

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



0059343954



026485



קוד הפניה: 449721275

טלפון: 02-6323222

פקס: 073-2132683

כתובת: סולד הנריטה 3, ירושלים

ד"ר סרחאן ראיד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

ת.לידה: 10/04/1974



0027152297

מיקוד 9312305

כתובת: הממציא 5/6, ירושלים

הפניה כללית - מכון

הפניה זו מיועדת לשימוש רק במצבים בהם לא קיימת הפניה ייעודית

שם המכון: מרפאת כאב, שערי צדק

תלונות:

בביקור בתאריך 28/07/2025 בשעה 11:31:04
כאבים חדים בגב תחתון.
הקרנה לגפיים תחתונות לסירוגין.
עבר שני ניתוחים בע"ש מותני ב L4-S1 כולל קיבוע מתכתי.
התקפי כאבים חדים לסירוגין.
נאסר עליו זריקות אפידוראליות בע"ש מותני לאחר הניתוחים.
כרגע בהתקף כאב חד.
מטופל במצב של התקף חד בפטידין לוריד דרך המיון.

בביקור בתאריך 25/08/2025 בשעה 11:01:21
כאבים בצוואר ובגב תחתון בלתי פוסקים לא מגיבים לטיפולים שמרניים.
במרפאת כאב בבילנסון הוחלט שחל איסור על הזרקות בע"ש.
מופני למרפאת כאב בשערי צדק לצורך חוות דעת שנית

ממצאים:

בביקור בתאריך 28/07/2025 בשעה 11:31:04
כאבים חדים.
קשיים בתנועה.

בביקור בתאריך 25/08/2025 בשעה 11:01:21

אבחנה:

• BACKACHE
lower s/p DISCECTOMY L4
5
S1 + PSF

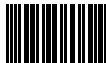
בעיות ידועות:

- TRAUMA ACCIDENTAL (07/2022) 2018
- HYPOGLYCEMIA UNS (05/2025)
- HYPERSECRETION CORTISOL (03/2024)
- PAIN CHRONIC (07/2022)
- NON ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS - NASH (07/2023)
- BARIATRIC SURGERY Status Post (02/2024)
- GASTRIC BYPASS (02/2024) LSAGB, Laparoscopic Single Anastomosis Gastric Bypass
- REFLUX ESOPHAGEAL (12/2022)
- PLEURAL EFFUSION Left (03/2024)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (02/2024)
- BACKACHE (11/2020)
- LUMBAR DISC DIS NO MYELOPATHY (11/2020) displacement
- DEEP VEIN THROM LOWER EXTREMITIES (DVT) (07/2022) 04.01.22
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (07/2022)
- INSOMNIA UNS (07/2022)
- ABNORMAL IMAGING TEST UNS (09/2023) frontal DVA per Brain CT
- SMOKER TOBACCO (07/2022)

רגישויות לתרופות: BUTRANS 10MCG/H - 03/08/2023 - פריחה באזור הדבקה
- BUPRENORPHINE - 03/08/2023



0059343954



026485



קוד הפניה: 449721275

טלפון: 02-6323222

פקס: 073-2132683

כתובת: סולד הנריטה 3, ירושלים

ד"ר סרחאן ראיד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

10/04/1974

ת.לידה:

מיקוד 9312305

הממציא 5/6, ירושלים

כתובת:



0027152297

הפניה כללית - מכון

תרופות קבועות:

- AMITRIPTYLINE 25MG X 28 1X1X90
- WEGOVY 0.5MG X 4D טיפול לא רציף
- OXYCOD FORTE 30ML 10MG/ML 3X3X30
- LYRICA 150MG X 56 1X2X90
- NEXIUM 40MG X 28 1X1X90
- TARIM-MAC 100MG X 8 1X1X8
- VITAMIN D3 1000IU X30 2X1X30

מעשנת/ כן

הנחיות הרופא:

הערכת מצב, והצעה טיפולית .
נא להתייחס להחלטה ממרפאת כאב ב"ח בלינסון מיום 25.04.2025 .

הבדיקה הדרושה: כלל

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

25/08/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2025 עד תאריך - 21/02/2026

נספח 4 :

תעודת מושתל 2

(עמודים 16 עד 16)



**בגופו של נושא/ת תעודה זו מושתל
קוצב חשמלי**

**The Carrier of this card has an
Implanted Electrical Neurostimulator**

במקרה חרום !

ניתן ליצור קשר עם הרופא המספל או עם

חברת מדוגר מכשור רפואי בע"מ סל: 09-7401457

In case of emergency, notify Physician on Reverse side or

Contact Customer Service: 972-9-7401457

www.medogar.co.il

Email: info@medogar.co.il

נספח 5 :

תעודת מושתל

(עמודים 18 עד 18)



כרטיס זיהוי לבעל/ת מערכת מושתלת

Patient Identification Card



I.D. No.: 27152297 ת.ז.:

שם: אוזן חיים חן

כתובת: הממציא 5 ירושלים

טלפון: 054-6664663

Name: UZAN CHAIM CHEN

Address: JERUSALEM, ISRAEL

Passport No.: 41722530

שם הרופא: ד"ר ג.אבר מוחמד

בית חולים: שערי צדק, ירושלים

טלפון: 02-6666179

נספח 6 :

צילום המחאה

(עמודים 20 עד 20)





119 0. פתח תקווה
המכבים 3 פתח תקווה
0050340 04 11900 008971

למוטב בלבד

חיים חן אוזן ת.ז. 027152297
זפרן מרדכי 7 5 פתח תקווה 4950170
035384482

PAY TO

שלמו ל

נח

05.11.19-א

N.I.S

נח

בשיק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב,
למעט שינוי תאריך או סכום.

DATE

תאריך

SIGNATURE

חתימה

0050340

0411900

008971

CHEQUE No. מס' השיק

BRANCH No.

מס' הסניף

ACCOUNT No.

מס' החשבון

בנק יהב לעובדי המדינה בע"מ. BANK YAHAV LTD.

נספח 7 :

צילום רנ

(עמודים 22 עד 22)





רשיון נהיגה

DRIVING LICENCE

מדינת ישראל

STATE OF ISRAEL





אוזן

1. UZAN

חיים חן

2. CHAIM CHEN

3. 10.04.1974

4a. 10.04.2018

4b. 10.04.2028

4d. ID 027152297

5. 6375543

2297

8. זפרן מרדכי 5 פתח תקווה

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

2297

9. A B

נספח 8 :

רישיון רכב

(עמודים 24 עד 24)





רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה. עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודה
מזהה רשמית
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רכביות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
4913832		M1 פרטי נוסעים		25/04/2025	
בעלים		מספר זהות		02715229-7	
אוזן חיים חן		תאריך הדפסה		16/04/24	
הצנחנים 20 דירה 9 פתח תקוה 49464		תאריך בעלות		24/06/20	
תאריך רישום		בעלים קודמים		01	
רישום מקורי		השכרה/החכר		04/2015	
מועד עליה לכביש		מספר שילדה		SB1ZS3JE60E158279	
מקומות ישיבה למעט הנהג		תוצר מנוע		טויוטה	
סוג דלק		נפח		1798	
בנזין		דגם מנוע		2ZR	
צמיג קדמי		מספר מנוע		V080116	
צמיג אחורי		צבע		לבן	
משקל כולל		הנעה		4X2	
1865		משקל עצמי		0	
משקל מורשה		או גרירה		אין	
דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום		רישיון נהיגה מתאים B		ב- 197,137 18/04/2023 ק"מ	
		רמת אבזור בטיחותי		0	

בעלים נוספים:

תוצר		טויוטה אנגליה		דגם		ZWE186L-DWXNBW		מרכב		סטיישן	
כינוי מסחרי		AURIS HYBRID		רמת נימור		TS		קבוצת רישוי		3	
הספק (כ"ס)		בקרת יציבות		דרגת זיהום אויר		כריות אוויר		ABS		אוטו	
99.00		כן		3		7		כן		כן	
קוד		הוראת רישום		חלון בנג		15-0236		00430-0012			

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

אסור להתקין או גרירה
הנעה באמצעות מנוע
חשמלי או/ו בנזין

ת.תשלום 16/04/24 סך 1544.00 ש"ח;

רשומון יבוא 530267459

**** סך 1544.00 ש"ח; 16/04/2024

הסכום לתשלום (ש"ח)
שולם

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



מספר הרכב		בעל הרכב	
4913832-25-1		אוזן חיים חן	
		הצנחנים 20 דירה 9	
		פתח תקווה 49464	
הסכום לתשלום (ש"ח)		שולם	
4913832-25-1		**** סך 1544.00 ש"ח; 16/04/2024	

(א.כ.4)

הודפס ע"י שירות התשלומים 16/04/2024 16:39:22