



אביטל שרעבי

מס זהות: 00301258299

ת.ל.ידה: 08/09/1987 גיל: 37.05 מין: נ

05/02/2025

שם האב: עופר דגן שם האם: נורית

טלפון: 54-3180333 סוג דם: +B

טלפון נוסף: 54-3180333

ביטוח מושלם: זהב

מנוי און-ליין: כן לא קיימת הרשאה לחיוב חשבון

רשיון רופא: 33860

רופא מטפל: ד"ר מזור גבריאל

מרפאת אם: מרפאת לשם 5972

בעיות

אבחנה הצבועה בכחול - אבחנות שנוספו בעקבות עדכוני מידע וטרם אושרו ע"י הרופא/ה המטפל/ת

קוד	מועד גילוי	איפיון	בעיה
493	00/01/2005		ASTHMA

בעיות בעבר

קוד	מועד סיום	מועד גילוי	איפיון	בעיה
0529	00/08/2004	00/08/2004		VARICELLA
2449	00/03/2006	00/03/2006		HYPOTHYROIDISM
2872	00/05/2010	00/05/2010		THROMBOCYTOPENIA
493	00/01/2000	00/01/1998		ASTHMA

2-2=sectio cesarea, 2830gr, twin 2
REC.AOM,WH.BR. 88-89

תרופות קבועות

תרופות שנוספו בעקבות איחוד תיקים וטרם אושרו ע"י רופא/ה מטפל/ת

תרופות שלא נופקו בבימ"ק מעל ל 150 יום

שנפקה	כמות	ת. ניפוק	ת. תוקף	מס' מרשמים	ת. הפקה	מינון	תרופה
			23/03/2024	1	22/02/2024	ביום 4 X טיפות	GENTEAL 0.3% COL 0.3%
1		21/12/2023	20/08/2024	3	21/12/2023	ביום 2 X טבליות	DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG
			20/03/2024	3	21/12/2023	ביום 1 X טבליות	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
1		01/12/2020	20/08/2024	3	21/12/2023	ביום 1 X טבליות	MERCILON BOX OF 21 CF

רגישות לתרופות ו/או תופעות לוואי

לא עודכנה רגישות ו/או תופעת לוואי

רגישות נוספת

לא עודכנה רגישות נוספת

גורמי סיכון

סטטוס עישון מעולם לא

אישפוז/רפואה דחופה

ביקור אחרון

תאריך ביקור

סוג ביקור

05/02/2025

1 תאונת דרכים

תלונות

אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישבה ליד הנהג מציינת כאבים בצוואר

ממצאים

רגישות ניכרת בע"ש צווארי מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

21/08/2015
19/09/2014
23/11/2013

חודפס ע"י ד"ר גבריאל מזור

דף 1

סיכום/דיון

מעקב

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

ביקורים נוספים

תאריך הביקור

סוג ביקור

15/01/2025

0 ביקור רגיל

תלונות

לבקשת המטופלת, עפ"י הצהרתו/ה מופק אישור מחלה
בשל- צינון/התקררות/שפעת

נרשם ע"י

הפקה מקוונת

תאריך ביקור

סוג ביקור

22/09/2024

0 ביקור רגיל

תלונות

ביקור מינהלי

מבקשת הפניה לכירורג שד

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

בדיקות מיוחדות

TRIPLE TEST	10/04/2018
TRIPLE TEST	07/03/2018
TRIPLE TEST	21/02/2016
TRIPLE TEST	21/01/2016
EMG לידיים	10/06/2010
צלום בית חזה עד 2 מבטים	09/11/2009
צלום קרסול - צד אחד	24/08/2006
צלום שוק צד שני	24/08/2006
צלום שוק צד אחד, עד שני מבטים	24/08/2006
צלום קרסול - צד שני	24/08/2006
צ.חזה	21/01/98
צ.חזה	21/01/98
צ.חזה	21/01/98



תאריך: 05/02/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **שרעבי אביטל**
ת.ל.י.ד: **08/09/1987**
מס.בית: **4**
מס.זהב: **54-3180333**
טלפון: **54-3180333**
מס.זהות: **00301258299**
גיל: **37.05**
מיין: **ג**

תאריך תאונה 04/02/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35972006976

גורם שולח



5972

מספר הפניה



035972006976

תז נבדק



0301258299

רשיון רופא



033860

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישיבה ליד הנהג מצינת כאבים בצוואר

סימנים חיוניים: גובה 156 13/06/2021 משקל 61 22/08/2024 bmi 25.07

לחץ דם 99 / 66 22/08/2024

דופק 76 22/08/2024 סדיר

22/08/2024 מתאריך 111.07 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2005		ASTHMA

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2004	01/08/2004		VARICELLA
01/03/2006	01/03/2006		HYPOTHYROIDISM
01/05/2010	01/05/2010		THROMBOCYTOPENIA
01/01/1998	01/01/1998		ASTHMA

2-2=section cesareea, 2830gr, twin 2
REC.AOM,WH.BR. 88-89

מידע ישי

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	4	טיפות	1	GENTEAL 0.3% COL 0.3%
ביום	2	טבליות	1	DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG
ביום	1	טבליות	1	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB
ביום	1	טבליות	1	MERCILON BOX OF 21 CF

ממצאים קליניים רגישות ניכרת בע"ש צווארי מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

נחתם דיגיטלית

33860

ד"ר גבריאל מזור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך 21/01/2026

סיכום טיפול

פרטי המטופל		שם מטפל	
שם משפחה ושם פרטי	00-30125829-9	שם האב	עלי זיהב
מס זהות	38.04	שם האב	עלי זיהב
גיל	נ	שם האב	עלי זיהב
ת. לידה	08/09/1987	שם האב	עלי זיהב
מס בית	4	שם האב	עלי זיהב
רחוב	תאנה	שם האב	עלי זיהב
טלפון	54 - 3180333	שם האב	עלי זיהב
טלפון נוסף	54 - 3180333	שם האב	עלי זיהב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250483844 מספר זיהוי הפניה: 35972006976

תאריך הפניה: 05/02/2025

ת. תאונה: 04/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 33860

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר גבריאל מזור

מרפאה: 5972

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 03/07/2025 תאריך סיום טיפול: 21/01/2026

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	הדרכה לתרגול בבית
13	תרגול כללי
12	טיפול ב-TENS
13	טיפול ב-Hot Pack
11	דיקור יבש

סיבת סיום טיפול:

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום טיפול

21/01/2026

הודפס ע"י עמיחי ליבנה 00-30125829-9

שרעבי אביטל

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
כתף	דו צדדי	7	3

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: כעת בהריון מתקדם
שיפור בכאבים, אך עדיין כאב בעוצמה קלה- בינונית
תמשיך תרגול באופן עצמאי.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
21/01/2026
12/11/2025
29/10/2025
15/10/2025
25/09/2025
17/09/2025
10/09/2025
02/09/2025
24/08/2025
06/08/2025
30/07/2025
23/07/2025
03/07/2025

עמית ליבנה
מכון פיזיותרפיה אריאל
מ.ר. 20070
052-5000000

עמית ליבנה

חתימה וחותמת

שם מטפל

דף 2 מ 2

21/01/2026

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י עמית ליבנה 00-30125829-9

סיכום טיפול

שרעבי אביטל

תאריך 21/01/2026

סיכום טיפול

פרטי המטופל		שם מטפל	
שם משפחה ושם פרטי	00-30125829-9	שם האב	עלי זיהב
מס זהות	38.04	ת. לידה	54 - 3180333
גיל	נ	טלפון	טלפון נוסף
מס בית	4	טלפון	טלפון נוסף
רחוב	תאנה	טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250483844 מספר זיהוי הפניה: 35972006976

תאריך הפניה: 05/02/2025

ת. תאונה: 04/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 33860

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר גבריאל מזור

מרפאה: 5972

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 03/07/2025 תאריך סיום טיפול: 21/01/2026

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	הדרכה לתרגול בבית
13	תרגול כללי
12	טיפול ב-TENS
13	טיפול ב-Hot Pack
11	דיקור יבש

סיבת סיום טיפול:

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום טיפול

21/01/2026

הודפס ע"י עמיחי ליבנה 00-30125829-9

שרעבי אביטל

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
כתף	דו צדדי	7	3

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: כעת בהריון מתקדם
שיפור בכאבים, אך עדיין כאב בעוצמה קלה- בינונית
תמשיך תרגול באופן עצמאי.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
21/01/2026
12/11/2025
29/10/2025
15/10/2025
25/09/2025
17/09/2025
10/09/2025
02/09/2025
24/08/2025
06/08/2025
30/07/2025
23/07/2025
03/07/2025

עמית ליבנה
מכון פיזיותרפיה אריאל
מ.ר. 20070
052-5200000

עמית ליבנה

חתימה וחותמת

שם מטפל

דף 2 מ 2

21/01/2026

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י עמית ליבנה 00-30125829-9

סיכום טיפול

שרעבי אביטל