



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר

מבלי לפגוע בזכויות

פברואר 2026 17
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 18/092025
הנפגעת: הודיה חג'מי, ת"ז 313289282

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~

פרייברג רסקין עורכי דין

נא למלא מספר תעודת זהות

										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון										
סוג המסמך					דפים					

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

פרטי התובע שם משפחה: חגית		שם פרטי: הילה		מספר זהות ס"ב: 313289282	
מין: ☒ נקבה ☐ זכר		עיסוק: ☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		מספר אישי בצה"ל:	
תאריך לידה: 080311995		שנה: 5 חודש: 9 יום: 1		מספר זהות ס"ב: 313289282	

תכתוב (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
היזק 2	8			אלר' הוקה	6020808
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		
1035333955	10509807172		hodaya199503@gmail.com		

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב:

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

שם, מדינת מגורים, מועדול, חודש, יום

פרטים על הפגיעה

תאריך הפגיעה

פרטי הפגיעה

5

2

ט

8

1

2

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
א.ס. א.י. שטח מילואים 262

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
נח"ל				נח"ל	40100

המקצוע ערב הפגיעה: ארצות

3א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת
☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי
☐ משטרה ☐ אחר

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4 פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?
☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר שרון / ריסה	פנימי	אופרה 1, אור יהודה
ד"ר אלטרוך יציר	שטח	" " " " " "

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאלי ראש, כאבים והשלכת בלוטות	
קשי סידור וישיבה ואיבוד	
וקרע המעיים	
חירור וצב חת ירוד	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6 חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה חזרת א כולל

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7 שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע 318 אריאל גר"ר ז"ל	כתובת 317 אגף חלל 7 - ג'ר סלח	טלפון 03-7412356
-------------------------------------	----------------------------------	---------------------

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
חש"ל הוקיה			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
סו-לאומי	סניף ארנו	843	5987100

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 3.2.21 חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11 הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 3.2.21 חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים		1
תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
18/09/2020 שנה חודש יום	313289282	11
שם פרטי	שם משפחה	
הוקיה	חגלי	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2	הצהרה
אני הח"מ, שפרטתי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.	
תאריך	חתימת המבוטח
3.2.21	X

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

המלצות

תאריך ושעה

פרטים

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

שם מלא: חג'מי הודיה 313289282

חתימה: _____

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 כדן 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 ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לביור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר 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 סרקו

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

בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
מיל: 03-7644444
טלפון: 03-7644444

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
1	50601	5/10/2025	1	01	72127
1	50601	5/10/2025	1	01	72127

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 ולהציג בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת גופני השרות הניתנת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האישי באתר/אפליקציה או בטלפון *3555

עם הוצאת הטופס החדש הטופס הנכחי יבוטל

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



0000007777

קוד הפניה: 455565104

טלפון:

פקס:

כתובת:

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: 0313289282		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

פירוט	מידע נוסף
כן	אסטמה

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

תאריך: 05/10/2025 שם הרופא: יועץ חיצוני

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

נא להצטייד בכרטיס מגנטי ** יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

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: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: חוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

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

פקס: 073-2284246

שם גורם מטפל: ד"ר שהינו לריסה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222



פרטי מטופל

ת"ז



0313289282

מין: נ

שם מטופל: חגמי הודיה

ת"ד: 313289282

גיל: 30 שנים ו-7 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

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	TAB 30 - כמות לניפוק: 10% ** השתתפות עצמית:
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	TAB 24 - כמות לניפוק: 15% ** השתתפות עצמית:

* 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.

קוד טופס 854883

מכבי שירותי בריאות

פרטי גורם מטפל

מס ביקור



000326444170

שם גורם מטפל: ד"ר אלפרוב ודים

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2132117



פרטי מטופל

ת"ז



0313289282

שם מטופל: חגמי הודיה

ת"ד: 313289282

גיל: 30 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0509807172, 035333954

מין: נ

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	מדות לניפוק: 1 יחידות - **השתתפות עצמית: 10 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית 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: נ	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	טל.עבודה/נייד: 0509807172	מיקוד: 6020808

**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 עבודה 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
דינטיסית
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 וחותמת 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

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: אפירה 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

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

מיקוד 6020808

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
דינטלית
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



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 שהינו לריסה
רופאת פנימית וכללית
מ.ר גורם מפנה
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:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

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 וסטס

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 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 מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

20/10/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

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: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	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 וסטרט

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 אפוסטרופוסיו של הנערה/ 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

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



034022



קוד הפניה: 459141855

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	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: 0313289282		הוז דב 8, אור יהודה				מיקוד 6020808	

רפואה משלימה

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 וסטרט

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18 הפניה לרפואה משלימה

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

29/10/2025

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 - 29/10/2025 עד תאריך - 27/04/2026

תאריך: 15/01/2026

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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

אישור רפואי

מיועד ל: ביטוח לאומי

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 וסטרים

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 ב2024

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18 הפניה לרפואה משלימה עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40 המשך אישור מחלה עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך צ.חזה ב2025-7-תקין מעשן חצי קופסא ליום

בביקור בתאריך 17/11/2025 בשעה 14:06:01 הארכת ימי תאונת עבודה עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29 סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב סובלת עדיין מכאבים ברגל כאבים הופיעו מאז תאונת שעברה

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43 כאבי גב לקוחת באופן קבוע ROKACET PLUS קושי לישון עקב כאבים לא עובדת מ18.09 עקב כאבים חזקים בגב, צוואר וראש

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29 ממציאים:

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43

• BACK PAIN
• HEADACHE

אבחנות:

תאריך: 15/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלי
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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

אישור רפואי

- BACKACHE
- CERVICALGIA
- 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:

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30
- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- 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 לפני / 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.

15/01/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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

תמצית הביקור מתאריך 01/12/2025 בשעה 17:39

תאריך הביקור: 01/12/2025

מוזמן למעקב: אין צורך במעקב לביקור זה

הפניות , אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: ברך שמאל 4 צילומים SKY VIEW; TUNNEL VIEW; LAT; AP		
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
הפניה	התייעצות מומחה: טיפול בכאב		
הפניה	US איברים: ברך שמאל		
אישור	תשובה לרופא המטפל		



145313



התמחויות:

קוד הפניה: 465002118

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

מכון פיזיותרפיה

תלונות: הפניה

06/10/2025: הפניה לייעוץ מתאריך:

רופא מפנה: ד"ר שהינו לריסה

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך

אבחנות: * ADMINISTRATIVE PROCESS

• HEADACHE

• BACKACHE

• CERVICALGIA

• LEG PAIN

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 וסטס

עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

בביקור בתאריך 06/10/2025 בשעה 12:20:25

פניה לצוות המרפאה בבקשה (לא נכנס לבדיקת רופא) - מבקשת הפניה לאורתופד

ממצאים: בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42

יציבה המודינמית ונשימתית, בינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון, ללא חוסר נירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44

ללא הגבלה בתנועות צוואר

רגישות קלה מעל עמ"ש

ללא סימני חסר נירולוגי

01/12/2025 ד"ר פדידה

מתלוננת על המשת כאבים לאורך הגב

ללא שיפור כ-3 חודשים

עוד לא קיבלה פיזיותרפיה

מציינת כאבי ברך שמאל בנוסף

ממצאים: רגישות דיפוזית לאורך הגב ללא טריגר גמרי

ללא חסר כוח גס ידיים ורגליים

SLR CROSS שליליים

ירכיים ברכיים חושפיים

ברך שמאל 0.0.130 עם תפליט ++ ללא אי-יציבות

אבחנות:

• BACK PAIN

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

בעיות ידועות:



פרטי הנבדק:		שם פרטי: הודיה		שם משפחה: חג'מי		ת.ז.: 313289282	
ת.ל.עבודה/נייד: 0509807172		טלפון: 035333954		ת.לידה: 05/03/1995		0313289282	
מיקוד 6020808				הוז דב 8, אור יהודה		כתובת:	

מכון פיזיותרפיה

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

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

תרופות קבועות:

מעשנ/ת : כן

סיבת ההפניה: הדרכה לתרגילי שמירת בריאות של הגב
הדרכה לתרגילי חיזוק וגמישות של הרגליים

--

חדר כושר בהמשך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2025 עד תאריך - 30/05/2026

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

01/12/2025

חתימה וחומת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 26/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022



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

טלפון: 035333954

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שכיר	שם האב
	כן	גדעון

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- BACK PAIN
- 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: 60 ימים, היינו מיום: 28/11/2025

עד יום: 26/01/2026 (בכלל).

26/01/2026

תאריך הבדיקה

חתימה וחתימת הרופא



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:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

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 וסטורס

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18

הפניה לרפואה משלימה

עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40

המשך אישור מחלה

עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום

בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך

צ.חזה ב-7.2025-תקין

מעשן חצי קופסא ליום

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

הארכת ימי תאונת עבודה

עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29

סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב

סובלת עדיין מכאבים ברגל

כאבים הופיעו מאז תאונות שעברה

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43

כאבי גב

לקוחת באופן קבוע ROKACET PLUS

קושי לישון עקב כאבים

לא עובדת מ-18.09 עקב כאבים חזקים בגב, צוואר וראש

בביקור בתאריך 26/01/2026 בשעה 17:33:46

עדיין כאבים ברגל

לא ישנה בלילות

כאבים חזקים

לוקחת משככי כאבים

אבחנות:

- BACK PAIN
- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA

מ.ר גורם מפנה



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

אישור רפואי

• LEG PAIN

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

בעיות ידועות:

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30
- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתנים 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 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.

26/01/2026

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך



034022



התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

קוד הפניה: 474472121

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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד: 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

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 וסטרט

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18

הפניה לרפואה משלימה

עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40

המשך אישור מחלה

עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום

בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך

צ.חזה ב-7.2025-תקין

מעשן חצי קופסא ליום

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

הארכת ימי תאונת עבודה

עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29

סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב

סובלת עדיין מכאבים ברגל

כאבים הופיעו מאז תאונת שעברה

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43

כאבי גב

לקוחת באופן קבוע ROKACET PLUS

קושי לישון עקב כאבים

לא עובדת מ-18.09 עקב כאבים חזקים בגב, צוואר וראש

בביקור בתאריך 26/01/2026 בשעה 17:33:46

אבחנות:

• BACK PAIN

תאריך: 26/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 474472121

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

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

התייעצות מומחה

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

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

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30
- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/01/2026 עד תאריך - 25/07/2026

26/01/2026

תאריך

חתימה וחותמת



0345023196



145313



קוד הפניה: 465002422

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

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

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד	ברך שמאל
6863		

שאלה למבצע הבדיקה: בירור מבצ רקומת רכות

תלונות:

הפנייה
הפניה ליעוץ מתאריך: 06/10/2025
רופא מפנה: ד"ר שהינו לריסה
התמחות: משפחה
מטרת הפניה: חוות דעתך
אבחנות: * ADMINISTRATIVE PROCESS
HEADACHE •
BACKACHE •
CERVICALGIA •
LEG PAIN •

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 וסטס
עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

בביקור בתאריך 06/10/2025 בשעה 12:20:25
פניה לצוות המרפאה בבקשה (לא נכנס לבדיקת רופא) - מבקשת הפניה לאורתופד

ממצאים: 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 חוס נירולוגי

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

01/12/2025 ד"ר פדידה
מתלוננת על המשת כאבים לאורך הגב
ללא שיפור כ-3 חודשים
עוד לא קיבלה פיזיותרפיה
מצינת כאבי ברך שמאל בנוסף

ממצאים:

רגישות דיפוזית לאורך הגב ללא טריגר גמרי
ללא חסר כוח גס ידיים ורגליים
SLR CROSS שליליים
ירכיים ברכיים חושפיים
ברך שמאל 0.0.130 עם תפליט ++ ללא אי-יציבות



0345023196



145313



קוד הפניה: 465002422

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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



0313289282

US איברים

• BACK PAIN

אבחנות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

בעיות ידועות:

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

• HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)

• URTICARIA (04/2025)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

01/12/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2025 עד תאריך - 30/05/2026

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



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

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

תלונות:

הפניה לייעוץ מתאריך: 06/10/2025
רופא מפנה: ד"ר שהינו לריסה
התמחות: משפחה
מטרת הפניה: חוות דעתך
אבחנות: ADMINISTRATIVE PROCESS
HEADACHE •
BACKACHE •
CERVICALGIA •
LEG PAIN •

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 וסטס
עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

בביקור בתאריך 06/10/2025 בשעה 12:20:25
פניה לצוות המרפאה בבקשה (לא נכנס לבדיקת רופא) - מבקשת הפניה לאורתופד

ממצאים: 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 ניירולוגי

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

01/12/2025 ד"ר פדידה
מתלוננת על המשת כאבים לאורך הגב
ללא שיפור כ-3 חודשים
עוד לא קיבלה פיזיותרפיה
מציינת כאבי ברך שמאל בנוסף

ממצאים: רגישות דיפוזית לאורך הגב ללא טריגר גמרי
ללא חסר כוח גס ידיים ורגליים
SLR CROSS שליליים
רכיים ברכיים חושפיים
ברך שמאל 0.0.130 עם תפליט ++ ללא אי-ימצבות

דיון ואבחנה מبدלת:



145313



התמחויות:

קוד הפניה: 465002299

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

התייעצות מומחה

בירור כללי של רופא מטפל
פיזיותרפיה בהקדם + תריגלים כל יום
אופניים שחייה
לאור הכאבים ממשוכים ללא הטבה מזמן רב מומלץ המרש ביור ע"י בידקת MRI ע"ש צווארי + גבי + מותני
וסקראי
חוות דעת מרפאת כאב בהמשך

לפנות לרופא בכל כאב חדש

אבחנות:

• BACK PAIN

מעש/ת : כן

בעיות ידועות:

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

תרופות קבועות:

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

מטרת ההפניה: תדוה על טיפולכם בכאבים כרוניים לאורך הגב

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2025 עד תאריך - 30/05/2026

01/12/2025

חתימה וחותמת

תאריך



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 465002118

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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

מכון פיזיותרפיה

תלונות: הפניה

06/10/2025: הפניה לייעוץ מתאריך:

רופא מפנה: ד"ר שהינו לריסה

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך

אבחנות: ADMINISTRATIVE PROCESS *

HEADACHE •

BACKACHE •

CERVICALGIA •

LEG PAIN •

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 וסטורס

עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

בביקור בתאריך 06/10/2025 בשעה 12:20:25

פניה לצוות המרפאה בבקשה (לא נכנס לבדיקת רופא) - מבקשת הפניה לאורתופד

ממצאים: בביקור בתאריך 18/09/2025 בשעה 14:42:42

יציבה המודינמית ונשימתית, בינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון, ללא חוסר נירולוגי

בביקור בתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33:44

ללא הגבלה בתנועות צוואר

רגישות קלה מעל עמ"ש

ללא סימני חסר נירולוגי

01/12/2025 ד"ר פדידה

מתלוננת על המשת כאבים לאורך הגב

ללא שיפור כ-3 חודשים

עוד לא קיבלה פיזיותרפיה

מציינת כאבי ברך שמאל בנוסף

ממצאים: רגישות דיפוזית לאורך הגב ללא טריגר גמרי

ללא חסר כוח גס ידיים ורגליים

SLR CROSS שליליים

ירכיים ברכיים חושפיים

ברך שמאל 0.0.130 עם תפליט ++ ללא אי-יציבות

אבחנות:

• BACK PAIN

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

בעיות ידועות:



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

מכון פיזיותרפיה

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

תרופות קבועות:

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

מעשנ/ת: כן

סיבת ההפניה: הדרכה לתריגלי שמירת בריאות של הגב
הדרכה לתריגלי חיזוק וגמישות של הרלגים

--

חדר כושר בהמשך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2025 עד תאריך - 30/05/2026

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטים****

01/12/2025

חתימה וחומת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



0345023196



145313



קוד הפניה: 465002036

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

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

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

קוד	הבדיקה הדרושה
3564	ברך שמאל 4 צילומים SKY VIEW; TUNNEL VIEW; LAT; AP

שאלה למבצע הבדיקה: בירור מבני גרמי

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

הפניה
הפניה לייעוץ מתאריך: 06/10/2025
רופא מפנה: ד"ר שהינו לריסה
התמחות: משפחה
מטרת הפניה: חוות דעתך
אבחנות: ADMINISTRATIVE PROCESS
• HEADACHE
• BACKACHE
• CERVICALGIA
• LEG PAIN

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 וסטס
עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

בביקור בתאריך 06/10/2025 בשעה 12:20:25
פניה לצוות המרפאה בבקשה (לא נכנס לבדיקת רופא) - מבקשת הפניה לאורתופד

ממצאים: 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 נירולוגי

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

01/12/2025 ד"ר פדידה
מתלוננת על המשת כאבים לאורך הגב
ללא שיפור כ-3 חודשים
עוד לא קיבלה פיזיותרפיה
מציינת כאבי ברך שמאל בנוסף

ממצאים: רגישות דיפוזית לאורך הגב ללא טריגר גמרי
ללא חסר כוח גס ידיים ורגליים



0345023196



145313



קוד הפניה: 465002036

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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



0313289282

מכון רנטגן

SLR CROSS שליליים
 ירכיים ברכיים חושפיים
 ברך שמאל 0.0.130 עם תפליט +- ללא אי-יציבות

• BACK PAIN

אבחנות:

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

בעיות ידועות:

כן

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2025 עד תאריך - 30/05/2026

01/12/2025

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



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: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	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 וסטרט

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18 הפניה לרפואה משלימה עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40 המשיך אישור מחלה עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך צ.חזה ב-7.2025-תקין מעשן חצי קופסא ליום

בביקור בתאריך 17/11/2025 בשעה 14:06:01 הארכת ימי תאונת עבודה עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29 סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב סובלת עדיין מכאבים ברגל כאבים הופיעו מאז תאונת שעברה

ממצאים: בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29

- 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:

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30

תרופות קבועות:



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: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172		
	כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד 6020808				

אישור רפואי

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- 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.

18/12/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 26/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022



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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם המעביד וכתובתו	שכיר	שם האב
	כן	גדעון

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- BACK PAIN
- 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: 60 ימים, היינו מיום: 28/11/2025

עד יום: 26/01/2026 (בכלל).

26/01/2026

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה



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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

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 וסטס

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18

הפניה לרפואה משלימה

עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40

המשך אישור מחלה

עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום

בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך

צ.חזה ב-7.2025-תקין

מעשן חצי קופסא ליום

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

הארכת ימי תאונת עבודה

עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29

סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב

סובלת עדיין מכאבים ברגל

כאבים הופיעו מאז תאונות שעברה

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43

כאבי גב

לקוחות באופן קבוע ROKACET PLUS

קושי לישון עקב כאבים

לא עובדת מ-18.09 עקב כאבים חזקים בגב, צוואר וראש

בביקור בתאריך 26/01/2026 בשעה 17:33:46

עדיין כאבים ברגל

לא ישנה בלילות

כאבים חזקים

לוקחת משכחי כאבים

אבחנות:

- BACK PAIN
- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA

מ.ר גורם מפנה



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

אישור רפואי

• LEG PAIN

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

בעיות ידועות:

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30
- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתנים 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.

26/01/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

קוד הפניה: 474472121

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

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד: 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

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 וסטרט

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

בביקור בתאריך 29/10/2025 בשעה 11:20:18

הפניה לרפואה משלימה

עדיין כאובה

בביקור בתאריך 09/11/2025 בשעה 10:21:40

המשך אישור מחלה

עדיין שיעול ללא חום. אחרי הוצאת ליחה שיעול הולך ומשתפר במשך יום

בשנים אחרונות אפיזודות חוזרות של שיעול ממושך

צ.חזה ב-7.2025-תקין

מעשן חצי קופסא ליום

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

הארכת ימי תאונת עבודה

עדיין סובלת מכאבים ברגל, קושי להרדם עקב כאבים

בביקור בתאריך 18/12/2025 בשעה 11:29:29

סובלת עדיין מכאבים בצוואר, ראש, גב

סובלת עדיין מכאבים ברגל

כאבים הופיעו מאז תאונת שעברה

בביקור בתאריך 15/01/2026 בשעה 11:37:43

כאבי גב

לקוחת באופן קבוע ROKACET PLUS

קושי לישון עקב כאבים

לא עובדת מ-18.09 עקב כאבים חזקים בגב, צוואר וראש

בביקור בתאריך 26/01/2026 בשעה 17:33:46

אבחנות:

• BACK PAIN

תאריך: 26/01/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 474472121

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

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

התייעצות מומחה

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA
- LEG PAIN

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

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

- ROKACET PLUS 24 CAP 1X1X30
- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30
- FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/01/2026 עד תאריך - 25/07/2026

26/01/2026

חתימה וחותמת

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	ה'ק'ה	תעודת זהות	שם האב
ח'ס'ר	8	313289282	035333954
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
25 ק"מ	מס'	6020808	035333954

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משררר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 23/10/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 62254 חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ה

הוצ'ה חל"ה

אני הח"מ, 315289282, מרחוב הצ' 23 8 אלר יחל"ה
 ת.ז. מס' 315289282, את עו"ד אריאל פרייברג ואו ל להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ואו בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל פקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 23 לחודש 10 שנה 2025

עו"ד ארנאל כרייזרג
מסי רשיון: 62254

חתימת: אריאל כרייזרג X

טל: 05229
טל: 05229

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין