



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 26
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 13/5/24
הנפגע: מהאר אלקרניאוי, ת"ז 316186832

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

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

~~בכבוד רב ובב"ח,~~
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
פרייברג רסקין עורכי דין



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✎ 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✎ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✎ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✎ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- ✎ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✎ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✎ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

316186832

עמוד 1 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
משה		אלקטרי		316186832	
מספר אישי בצה"ל		עיסוק		תאריך לידה	
		שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐		11/12/1995	
מין ☒ זכר ☐ נקבה ☐					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		דירה	
4-22		21		7	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		0537447642		@	
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	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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		דירה	

2

פרטי הפגיעה	
תאריך הפגיעה	13/05/2024
פרטים על הפגיעה	אני יושב שולח תרם קמח

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
אלקטרוניקה						שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת ההתנדבות					
טלפון						מיקוד					
83575700						83575700					
רחוב/תא דואר						מס' בית					
214						214					
דירה						כניסה					
מס' פקס						מס' פקס					
מס' פקס						מס' פקס					
המקצוע ערב הפגיעה: (אם יש)											

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות				טלפון קווי			
צה"ל				טלפון נייד			
משמר הכנסת				מס' פקס			
משב"ס				מס' פקס			
משמר אזרחי				מס' פקס			
משטרה				מס' פקס			
אחר				מס' פקס			
רחוב/תא דואר				מס' בית			
מס' פקס				מס' פקס			
מס' פקס				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 <u>סריקה גלא 20</u>		
שם בית החולים		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?		
☒ כן, פרט <u>סריקה גלא יסל - רצ"ל</u>		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבטח בקופ"ח <u>כל"ח</u>		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
אסמא עזריה	אורולוגיה	היכנס / רנטגן יסל - רחל
צ'רסלן אלחנאן	ניגל כסטיאן שח	המקור סו, גלי שח
צ'רסלן יוסף	ניגל מוסיאן	המקור סו, גלי שח
צ'רסלן גלי	ניגל מוסיאן	המקור סו, גלי שח

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים והאצה בתנועת הברך והלחץ	237
כאבים והאצה בתנועת הכתף והתחנות	
קושי בשינה וקושי להתעורר	
קושי בצוקות והלחץ	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים 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 _____

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 ממשד הביטחון?
☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי 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	כתובת	טלפון
מר יעקב אהרן כהן	בית אהרן ה' 7, יזרעאל	03-7412358

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

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבון 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 מינופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינופי 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 _____ 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 27.1.26 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

תאריך הפגיעה			מספר זהות/דרכון		קוד גמלה
13	05	2024	316186832		11
יום חודש שנה			שם פרטי		שם משפחה
			שהא		אלכסנדר
חבר בקופת חולים					
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____					

הצהרה
אני הח"מ, שפרטיי 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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי. תאריך: 27.1.26 חתימת המבוטח * _____

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 13/05/2024

ארוע: 1398

מספר טופס: 17618588

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 316186832

שם משפחה: אל קרינאו

שם פרטי: מהאר

מין: זכר

תאריך לידה: 11/12/1995

גיל: 28

כתובת: רהט, אלנג'אח, 214

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0537447642

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: שומריה, בכניסה לשוב שמאלה

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה קלה

מחלה נוכחית: בן 28. בהגיעו קינמטיקה קשה, משאית הפוכה. הנהג שוכב מחוץ למשאית. החבר מספר כי בעת שפיכת החומר המשאית לא הייתה יציבה והתהפכה, הנהג יצא עצמאית מהמשאית, מתלונן על כאבים בגב תחתון. בבדיקה: בהכרה מלאה, טכיפנאי, בהאזנה כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, יציב המודינמית, ללא דימומים חיצוניים, ללא חיבורן, ללא הזעה, אישונים תקינים.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: לא ידוע

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

טיפול		
אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 1	
13:20	13:00	בדיקות
לא	לא	חנק
סיטורציה	סיטורציה	טיפולים שניתנו
	הצליח	פעולות שננקטו
	1	עירוי פריפרי:
		מס' נסיונות

תרופות		
אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 1	

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: התהפכות רכב

הופק ע"י ארנסקינד אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאו שם פרטי: מהאר כתובת: אלג'אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13/05/2024 13:37 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF BACK	92231			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, בריא ובלא רגישות לדבריו היה מעורב בת"ד שולל אובדן הכרה וזיכרון, בלא הקאות סחרחורת וכאבי גב תחתון וגפיים

אורטופד
בם 28 לאחר ת"ד, הפך עם טרקטורן בזמן עבודה שולל רגישות לתרופות בריא בדרך כלל

בבידקתו
במצב כללי טוב, יציב ונינוח
ס"ח בטווח הנורמה
מלין על כאבים בצוואר, ברך ימין, גב תחתון
בצווארון

צוואר: רגישות במישוש באזור C3-C6, יותר וורטבראלי, פחות פראוורטבראלי, במיוחד באזור C4
טווחי תנועה בהגבלה לאור כאבים
כח גס תקין, ללא חוסר NV, תחושה שמורה בכל התכנות

גב מותני: רגישות במישוש באזור L1-L5, עם הקרנה לרגל ימין, ללא חוסר NV, טווחי נועה במפרקי ירכיים תקינים
SLR חיובי ד"צ
רפלקסים תקינים

ברך ימין: ללא סימני חבלה חיצוני, ללא סימני טפליית בתוך המפרק, ללא חוסר יציבות במפרק, ללא הגבלות בטווחי תנועה, רגישות במישוש MCL, רגישות במישוש קו של המפרק
STRESS TEST
ללא פתיחה בזמן

צילום: ללא עדות על שבר או פריקה
CT צוואר: ללא עדות על שברים

הופק ע"י דר' מזור אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג'אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	חום PO	VAS
11:43 30/05/2024	91	137/74	97	36.7	8

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	30/05/2024 11:42 הנוולד שושי מ.ר. 2041207	Once Rate from nurse: 0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.			7 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, traMADol HYDROCHLORIDE)
✓	נא לוודא שהטיפול לא ניתן לאישה בהריון. ניתן לנפק לילדים מעל גיל 8 שנים בטילה בו זמנית עם מגנזיום, סידן, ברזל מפחיתה במידה ניכרת את ספיגת התרופה. מומלצת הפרדת מתן של 6 שעות.			10 ימים	1 X 2 ביום	100 mg	Oral	DOXY (DOXYCYCLINE HYCLATE)

רופא אחראי

רופא: דר' מזור אלעד מ.ר. 151202

הופק ע"י ארנסקינד אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13/05/2024 13:37 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

IntraMuscular	ABITREN INJ 75 mg	Once Rate from nurse:0	13/05/2024 14:46	INJ	Drug Dosage: 75 mg
---------------	-------------------	---------------------------	------------------	-----	--------------------

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				14 ימים	1 X 3 ביום	1250 mg	Oral	V-DALGIN 1.25g/5mL (DIPYRONE)
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.			14 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: ארנסקינד אלכסנדר מ.ר. 181881
רופא: דר' פרי צבי הווארד מ.ר. 181611

נחתם ע"י: ארנסקינד אלכסנדר מ.ר. 181881

חתימה:
סורוקה
דר' ארנסקינד
מ.ר. 181881
מ.ר. 181611

תאריך: 22/05/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאווי מהאר	מס זיהוי:	00316186832	גיל:	28.05	מין:	ז	
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנבלאח	טלפון נספח:	53-7447642	מס בית:	214
מספר הפניה:	35671000477	תז נבדק:	0316186832	מספר הפניה:	035671000477	גורם שולח:	5671		

גורם שולח



5671

מספר הפניה



035671000477

תז נבדק



0316186832

רשיון רופא



034498

ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78201	71100	צילום צלעות ימין	10601086

המטופל מתלונן על תלונות/סיבת הפניה מתאריך 15/05/2024:

המטופל היה מעורב בתאונת דרכים בזמן עבוד היה יושב במסאי שהתפסה לצד ימין הנ"ל הועבר למיון עקב כאבי גב תחתון צוואר ורגל ימין עבר צילומים CTI ונשלל פגיעה גרמית בעמ"ש עקב כאב בברך הומלץ על US ברך ימין משכי כאבים וכעבור חודש עם US יש להגיעה למרפאות חוץ אורתופדיה ספואט המטופל לא הביא עדיין טופס 250 - 22/05/2024 המטופל הביא היום טופס 250

סימנים חיוניים	גובה	185	נמדד ב:	15/05/2024	משקל	106	נמדד ב:	15/05/2024	BMI	30.97
	להץ דם	73 / 121	נמדד ב:	15/05/2024						
	דופק	85	נמדד ב:	15/05/2024						

16/07/2014 מתאריך: 136.4 eGFR

ממצאים עיקריים: מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמית וללא סימנים למצוקה אחרת. רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי ברך ימין רגישות ללא נזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה כעת כאבים באיזור הצלעות בית החזה מצד ימין

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
7242		LOW BACK PAIN
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
78650		RIBS PAIN

ההפניות שהופקו ב- 15/05/2024:

דיון/תוכנית טיפולית

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/09/2011	MIGRALEVE	ALLERGY DRUG
06/07/2018		OBESITY (BMI >30)

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	מספר ע"י
MIGRALEV פריחה;		רופא

הערות: לשלול שבר

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר סרחיו גרבר

34498

מספר רשיון

שם הרופא

כחלית
ד"ר סרחיו גרבר
רופא ילדים ופנימי
במרכז הרפואי
**נחתם ד"ר סרחיו גרבר
34498

חתימה וחוקת הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

מכתב שחרור בריאותא באר שבע

ת.ז. -



מנהל המלר"ד: דר' ברטל כרמי מ.ר. 20318
אחות אחראית: חנה שופן
טלפון: *9579
פקס: 08-8668337
תאריך ביקור: 22/05/2024
שעת קבלה: 19:15
מספר ביקור: 808637
כתובת מייל: office@briuta-care.co.il

תאריך לידה: 11/12/1995
ת.ז. - ID: 316186832
מין: זכר
גיל: 28
שם האב: מחמוד

שם משפחה: אל קרנאוי
שם פרטי: מהאר
כתובת: רהט, רהט 0
עיר:
טלפון:
נייד: 0537447642
גורם מבטח: כללית

אבחנות בביקור

- CONTUSION (924.9)

מחלה נוכחית

בן 28, בריא ללא טיפול תרופתי קבוע

לדבריו לפני כששבע עבר תאונת דרכים, לציין קיבל מכה בחזה בצד ימין, ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

בדיקה גופנית

מצב כללי: טוב, ללא סימני גירוי מנגניאלי, ללא מצוקה נשימתית, ללא סימני צחיחות

מצב הכרה: בהכרה מלאה

סימני מצוקה נשימתית: ללא סימני מצוקה נשימתיים

לב: קולות לב סדירים ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר דוצ. טובה ושווה. ללא חרחורים וללא צפצופים

בטן: רכה ללא רגישות

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	חום	סטורציה	כאב
19:21 22/05/2024	139 / 71	76	37.3	98	2

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
-------	-------	-------

תאריך: 22/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר
מס זיהוי:	00316186832	
רחוב:	אלנב'אח	
טלפון נוסף:	53-7447642	
ת.לידה:	11/12/1995	
מס בית:	214	
שוב:	רהט	
טלפון:	53-7447642	

35671000478

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5671



035671000478



0316186832



034498

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/05/2024:
המטופל היה מעורב בתאונת דרכים בזמן עבוד
היה יושב במסאי שהתפסה לצד ימין
הנ"ל הועבר למיון עקב כאבי גב תחתון צוואר ורגל ימין עבר צילומים CT ונשלל
פגיעה גרמית בעמ"ש
עקב כאב בברך הומלץ על US ברך ימין
משכי כאבים
וכעבור חודש עם US יש להגיעה למרפאות חוץ אורתופדיה ספואט
המטופל לא הביא עדיין טופס 250
22/05/2024
המטופל הביא היום טופס 250

סימנים חיוניים: גובה 185 15/05/2024 משקל 106 15/05/2024 bmi 30.97

לחץ דם 121 / 73 15/05/2024

דופק 85 15/05/2024

16/07/2014 מתאריך 136.4 eGFR

ממצאים בבדיקה

מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמטית וללא סימנים למצוקה אחרת.
רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות
SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי
ברך ימין רגישות ללא נוזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה
נעת כאבים באיזור הצלעות בית החזה מצד ימין

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
INJURY TRAUMATIC		9599
LOW BACK PAIN		7242
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS		L15
RIBS PAIN		78650

ההפניות שהופקו ב 15/05/2024
הפניה לדימות - 78003-א.ס. US ברך ימין
22/05/2024

ריון/תוכנית טיפולית:

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/05/2024

הודפס ע"י ד"ר סרחיו גרבר

00316186832

יה לרפואה יועצת

קרינאוי מהאר

תאריך: 22/05/2024

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר
מס זהות:	00316186832	מס זהות:
גיל:	28.05	תאריך לידה:
מין:	ז	מס בית:
רחוב:	אלנג'אח	ישוב:
טלפון נוסף:	53-7447642	טלפון:
		53-7447642

תאריך תאונה: 13/05/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אלקרינאוי וואקיל עבודות עפר והובלות

שם המעביד וכתובת:

130524

תאור התאונה:

נבדק במיון כירורגי

היכן קיבל טיפול קודם:

מיכאלה גרבר

שם הרופא המטפל:

מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמתית וללא סימנים למצוקה אחרת.
רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות
SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי
ברך ימין רגישות ללא נזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה

הממצאים הקליניים:

סורוקה מיון ב05/13

צילומי רנטגן נעשו ב:

במפ

הממצא:

אבחנות

קוד	אבחנה
9599	INJURY TRAUMATIC
7242	LOW BACK PAIN
L15	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

נגד כאבים ואנטידלקטיים

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

סה"כ 32 ימים

(בכלל)

עד יום 13/06/2024

מיום 13/05/2024

22/05/2024

22/05/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

אלסלאם - רופאים עצמאיים

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

ALLERGY DRUG
OBESITY (BMI >30)

בעיה

איפיון
MIGRALEVE

מגילוי
01/09/2011
06/07/2018

רבישויות ו/או תופעות לוואי

רבישויות ל	תגובה	נמצא ע"י
MIGRALEV פריחה		רופא

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

34498

ד"ר סרחיו גרבר

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
בפניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 170 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

נחתם לאישור

חתימה וחותמת הרופא
סרחיו גרבר
מרכז בריאות חווה
34498

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/05/2024

הודפס ע"י ד"ר סרחיו גרבר

00316186832

ה לרפואה יועצת

רינאווי מהאר

24/05/2024
18:28

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: מאהיר אלקרנאוי ת.ז. 316186832

הבדיקה בוצעה במאר סניף: Beer-sheva בתאריך: 23/05/2024

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני:
סיבת ההפנייה: במסגרת בירור כאבים בגב תחתון.

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

מנח חוליות - שמור.
ללא עדות לתמטום.
ללא עדות לתזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרא או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:
גובה L1-L2 : בגדר הנורמה.
גובה L2-L3 : בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
גובה L3-L4 : בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
גובה L4-L5 : בגדר הנורמה.
גובה L5-S1 : בגדר הנורמה.

לסיכום:

שינויים דיסקליים כמתואר.

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר שרקי אליה מ.ר. 146282
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. מ. 145788

הוקלד ע"י: אליה שרקי

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

הנדון: מאהיר אלקרנאוי ת.ז. 316186832, בדיקה מתאריך: 24/05/2024

הופק ע"י ד"ר מזרז אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאווי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנ'אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
ORCHITIS AND EPIDIDYMITIS	604			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, נ+2. ברקע בריא.
לאחר ת"ד לפני כשבועיים עם חבלה לצלעות. ללא פגיעה באגן.
מזה שבועיים כאב באיזור אשך שמאל מקרין למפשעה. ללא חום.
שולל חבלה לאיזור הגנטליה. ללא תלונות אורינויות. זרם תקין.

בקבלתו יציב נינוח
מדדים חיוניים תקינים ללא חום
בטן רכה, ללא רגישות מותנית.
פין במראה תקין ללא הפרשות.
אשכים: קרימסטיק חיובי דו"צ- הופק באופן מובהק.
ללא אודם או נפיחות בשק אשכים.
ללא רגישות במישוש האשכים- שניהם ניידים, קורדים חופשיים
רגישות במישוש אפדידימוס משמאל

שארית שתן- 50
סטיק שתן- תקין

משתחרר במצב כללי טוב ללא סימני מצוקה עם המלצות הבאות:
T.DOXYLIN 100MGX2/DAY למשך 10 ימים.

נגדי כאבים לפי צורך
קרח מקומי לפי הצורך.
מנוחה בבית למשך שבוע ימים.
נא להשלים US אשכים דרך רופא מטפל.
בכל עליית חום, צמרמורת, החמרה במצב הנוכחי לפנות לבדיקת רופא מטפל.
רפואה שלמה.

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

הופק ע"י דר' מזור אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנ'אח 214 ר"ט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
ORCHITIS AND EPIDIDYMITIS	604			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, נ+2. ברקע בריא.
לאחר ת"ד לפני כשבועיים עם חבלה לצלעות. ללא פגיעה באגן.
מזה שבועיים כאב באיזור אשר שמאל מקרין למפשעה. ללא חום.
שולל חבלה לאיזור הגנטליה. ללא תלונות אורניריות. זרם תקין.

בקבלתו יציב נינוח
מדדים חיוניים תקינים ללא חום
בטן רכה, ללא רגישות מותנית.
פין במראה תקין ללא הפרשות.
אשכים: קרימסטיריק חיובי דו"צ- הופק באופן מובהק.
ללא אודם או נפיחות בשק אשכים.
ללא רגישות במישוש האשכים- שניהם ניידים, קורדים חופשיים
רגישות במישוש אפדידימוס משמאל

שארית שתן- 50
סטיק שתן- תקין

משתחרר במצב כללי טוב ללא סימני מצוקה עם המלצות הבאות:
T.DOXYLIN 100MGX2/DAY למשך 10 ימים.

נוגדי כאבים לפי צורך.
קרח מקומי לפי הצורך.
מנוחה בבית למשך שבוע ימים.
נא להשלים US אשכים דרך רופא מטפל.
בכל עליית חום, צמרמורת, החמרה במצב הנוכחי לפנות לבדיקת רופא מטפל.
רפואה שלמה.

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

הוסק ע"י ארנסקינד אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג' אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13/05/2024 13:37 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

חשד ל- TEAR OF MM

המלצות
משככי כאבים
מעקב רופא מטפל
מנוחה בבית בעד שבוע
חימום מקומי לגב

יש להשלים US בקהילה, עם תוצאות US יש להגיע למרפאות חוץ אורטופדיה ספורט בעד חודש בכל מצב החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	PO חום	VAS
13:40 13/05/2024	96	142/86	96	36.9	3

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' פרי צבי הווארד מ.ר. 181611, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 14:29 13/05/2024

דיווח / דיון: בבדיקה: בהכרה מלאה, 15 - GCS, יציב המודינמית ונשימתית.
ראש - ללא דפורמציה או רגישות, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, לוע ללא פציעה. חזה: ללא דפורמציות או רגישות, התפשטות סימטרית, כניסת אוויר שווה ללא חרחורים או צפצופים. לב: קולות סדירים, ללא אוושות.
בטן: ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות, ללא עדות לגירוי צפקי.
גן: יציב גפיים: ללא סימני חבלה או דפורמציות, מזיז חופשי 4 גפיים, כוח גס תקין, תחושה שמורה.
נ - שתן
נלגטיקה

שוחרר מבחינה כירורגית
פנה לבדיקת אורטופד

צוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה

הופק ע"י דר' מזור אלעד 14:03 30/05/2024

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג' אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	---

נחתם ע"י: דר' מזור אלעד מ.ר. 151202

מסמכים נלווים

חתימה:



מספר רשיון 148816
טלפון 08-6404804
פקס 08-6404127
מחוז דרום

וסים אל עברה
אורתופדיה
מרכז מסחרי רהט
מרכז לרפואה יועצת - רהט

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 19/07/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: אל קרינאוי מהאר
ת.לידה: 11/12/1995
מס בית: 214
מס זהות: 00316186832
גיל: 28.07
מין: ז
רחוב: אלנג'אח
טלפון נוסף: 53-7447642

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 19/07/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטישון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקתו: צליעה אנטלגית
רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור
קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטשיון לטראלי
טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים
ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי
צילום קרסול שמאל

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT-78073-ט.מ. עמוד שדרה צו	H3	הופק
הפניה לדימות	78218-צילום קרסול שמאל	H3	הופק

בברכה,

נחתם דיגיטלית

148816

וסים אל עברה

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך: 12/08/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאווי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.08	מין:	ז
תלדה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח	טלפון נוסף:	53-7447642	
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	תאריך תאונה:	13/05/2024	סוג תאונה:	2 תאונת עבודה	

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/08/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024:

ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית בדק במין, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטשיון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקתו: צליעה אנטלגית רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטשיון לטראלי טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים

ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי

צילום קרסול שמאל

12/08/2024

השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאטיה במס גבהים

הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול

ממליץ

משככי כאב לפי הצורך

מעקב מרפאת כאב

פיזיותרפיה המשך טיפול

מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה

לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים,

מעקב בעוד 3 חודשים

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 19/07/2024:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו, הפניה לדימות - 78218-צילום

קרסול שמאל

12/08/2024

בברכה,

נחתם דיגיטלית

148816

וס'ם אל עברה

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ביקור

2024

הודפס ע"י וס'ם אל עברה

00316186832

מהאר

תאריך: 29/10/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.10	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח	טלפון נוסף:	53-7447642	
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	תאריך תאונה:	13/05/2024	סוג תאונה:	2 תאונת עבודה	

שלום רב,

תאריך ביקור: 29/10/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מצב לאחר מעבורות בתאונת דרכים במהלך עבודתו שהתפתך עם משאית

מאז כאבים בצוואר,
כאבי גב תחתון
כאבים ברך ימין
CT עמוד שדרה צווארי:

בלטי דיסק בגבהים C3-C4-C5-C6 ללא סימני SPINAL STENOSIS

CT עמוד שדרה מותניים קראלי "

L2-L3 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
L3-L4 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.

ממצאים: CERVICAL PAIN

כאבים ורגישות מעל עמוד שדרה צווארי החמרה בשינוי תנוחה SPURLING שלילי

LOW BACK PAIN

רגישות וכאבים בגב תחתון החמרה בשינוי תנוחה SLR שלילי

אבחנות בביקור

קוד	אפייון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: קליניקה של כאבים מיופציטארים

פזיותרפיה

פעילות גופנית לפי יכולת

המשך מעקב מרפאת כאב

תרופות בביקור

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
PD	1	ק	N	יחידה	30	28	D	1	טבליות	TAB	1	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG
PD	1	ק	N	יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

פעולות	קוד	כמות
851 פתיחת תיק	851	1
852 בלוק אזורי/מקומי שיטחי (פריפרי)	852	1

10.08.24

סיכום טיפולי פיזיותרפיה

316186832

בעל ת.ז מס'

אל קרינאוי מהאר

עבור

WHIPLASH INJURY

אבחנה:

רקע:

בן 28 לדבריו היה מעורב בתאונה דרכים של התהפכות משאית ב 13.05.2024, מאז מתלונן על כאב עמ"ש צוואר, כתף שמאל, נימול בידים ורגליים בנוסף מלין על כאבי ראש צלעות, ואגב תחתון, מתקשה בהליכה.

רקע - בריא.

מתאר כאבים כל הזמן עם הקרנה לאורך רגל ימין וקרסול, נמלים וזרמים, בנוסף מלין על הגבלה בתנועות עמ"ש, לא מסוגל לבצע מטלות קלות במהלך היום יום, כמו הליכה - עד 200 מ' ואז להתיישב, הרמת חפצים קלים, מדרגות, מפריע בשכיבה ובבוקר קשה מאוד להתעורר לוקח לה כ-8-10 דקות לקום. יותר קל עם תרופות אנטי דלקתיות הטבה זמנית בלבד.

CT-דיסקופתיה בחוליות צוואריות.

כאב בהחמרה בתקופה אחרונה, כאב מפושט בכל הגוף, מוקל חלקית עם נוגדי כאב.

בדיקה:

רגישות מפושטת לאורך שרירים פראספינליים עמ"ש מותני, כואב מאוד, טווחי תנועה מוגבלים, בתנועות רוטציות עמ"ש מותני מתקשה בביצוע תנועות קלות כמו כיפוף וישור, ישיבה עם ליסט קל לימין, תיקון ליסט מעט יותר טוב.

כוח גס, חולשה לאורך רגל ימין ביחס לשמאל, ירידה קלה בתחושה לאורך L3-4.

הליכה בקצב איטי עם קב, תנועות מתונות ועדינות כולל במעברים, יותר קל היה בשכיבה על הבטן וצד שמאל.

SLR חיובי ימין עד 60, פאבר כואב דוצ', תנועות עמ"ש מותני כואבות מאוד בסופי טווח במיוחד כיפוף תנועה EXT IN LYING מכאביה אך בעוצמה פחותה, חזרה כ-10 פעמים על אותה תנועה מטיבה, עם כאב מרכזי.

תוכנית טיפול:

הפחתת כאב, שיפור טווחי תנועה, תנועות הדרגתיות ועידוד תנועה אקטיבית, טיפול אקסטנציה ע"פ מיקנדי, טיפול מנואלי ומובליזציות לשיפור תנועות והורדת כאב, חימום ומתיחה לפי הצורך.

רמת שיפור:

-סיים סייסיה של 12 טיפולים, שיפור קל בכאב זמני, טווחי תנועה בשיפור, מתקשה בבוקר.

-יותר טוב עם תרגולי EXT אך עדיין ללא שינוי תפקודי.

-קצב הליכה טוב יותר, מתנייד ללא א"ע למרחקים תפקודיים עד 100 מ' וכואב.

-מתקשה בבוקר, מתקשה בהרמת חפצים.

מאוד סובל מכאב ממוצע 10/4

המלצות:

- זקוקה לטיפול פיזיותרפיה להורדת כאב ושיפור מצב תפקודי - ריצה כו'

- פעילות גופנית

- הימנעות מהרמת חפצים כבדים

מספר טיפול	תאריך	סוג טיפול
1	02.07.24	הערכה ראשונה, הורדת כאב והדרכה להמשך תרגול ביצוע הרבה חזרות של יסוד ותרגולי אקסטנציה, להימנע מכיפוף ותנחות ממשכות
2	06.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב, תרגולי יסוד בשכיבה על הבטן
3	09.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
4	13.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
5	16.07.24	תהערכה חוזרת, חימום הורדת כאב תרגול הליכה ללא א"ע
6	20.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
7	23.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
8	27.07.24	טכניקות מנואליות חימום וטינס.
9	30.07.24	חיזוק שרירי ותרגול במיטה, פלאנק והרמות אגן, חיזוק שרירים במיטה ותרגולי EXT.
		חימום ודיקור
10	03.08.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
11	06.08.24	חיזוק שרירי ותרגול במיטה, פלאנק והרמות אגן, חיזוק שרירים במיטה ותרגולי EXT.
		חימום ודיקור
12	10.08.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועות אקטיביות עד לגבול כאב, הורדת כאב, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות הערכה חוזרת, מתן הדרכה להמשך תרגול תנועות להמשך תרגול

בכבוד רב
אלקרינאוי וג'יה
פיזיותרפיסט מוסמך
מ.ר 10-136886
053-5301422



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מורמן רוטר ד"ר
מנהל מרפאה תעסוקתית
102037

רח' קלאוזנר 6, ב"ש מיקוד 84581
08-6243222
08-6243238

מרפאה: תעסוקתית ב"ש מחוז: דרום

תאריך 30/12/2024

פרטי העובד
אל קרינאוי מהאר

00-31618683-2

מחמוד 11/12/1995

29.00

ז

גיל

מס זהות

שם משפחה ושם פרטי

שם האב

ת. לידה

מין

53 - 7447642

214

מס בית

אלנג'אח

רהט

ישוב

טלפון נוסף

טלפון

נהג משאית

אלקרינאוי וואקיל מחמוד

מקום עבודה

קיבוץ להב

מקצוע

כתובת מקום עבודה

פרטי מעסיק

כתובת מעסיק

טופס סיכום בדיקה רפואית

לכבוד

מעסיק

אדון/גברת נכבד/ה,

על סמך בדיקה רפואית מקוונת שנערכה

לשם בדיקת כושר עבודה

בתור נהג משאית

לפי תוצאות ומסקנות הבדיקה הרפואית מיום 30/12/2024

נמצא כי הנ"ל: כשיר לתפקידו ללא מגבלות במסגרת עבודה

מומלץ על ביצוע התאמות סבירות שיאפשרו העסקה בתחנת העבודה הנדונה - בהתאם לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

מחוז דרום
ד"ר מורמן רוטר
רופא תעסוקתי מומחה
מ.ר. 102037, מ.ר.מ. 34873

חתימה וחותמת הרופא

102037

מס' רישיון

מורמן רוטר ד"ר

שם רופא

העתקים:

אלקרינאוי וואקיל מחמוד

17 30/12/2024

תאריך הביקור: 30/12/2024
נשלח ע"י: מעסיק
מטרת הביקור: בדיקת כושר עבודה
סוג פעילות: בדיקה ראשונית

היסטוריה תעסוקתית: בן 29, נ'2, מתגורר ברהט, מועסק בעסק משפחתי "אלקרינאווי וואקיל מחמוד" בתור נהג משא כבד החל משנת 01/01/2013.

היסטוריה רפואית: ברקע בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מעשן סביב קופסה ביום מזה 3 שנים רקע רפואי רלוונטי.
ב-13/05/2024 במסגרת תפקידו בעבודה התהפך עם המשאית הופנה לחדר מיון באמבולנס. עבר בדיקות ושחרר באותו יום.
מציין שחזר לעבודה יום למחרת למרות הכאבים ולכן פנה להמשך טיפול במיון בו השלים CT עמ"ש בו התגלתה דיסקופתיה.
המשיך טיפול ומעקב אצל אורתופד ומרפאת כאב.
1. בדיקת אורתופד האחרונה מה-12/08/2024: השלים סיטי ע"ש 05/08/2024 דיסקופתיה במסגבהים. הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרות הטיפול המלצות משככי כאב לפי הצורך, מעקב מרפאת כאב, פיזיותרפיה המשך טיפול מסיים חופש 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, ממליץ לחזור בהדרגה לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים, מעקב בעוד 3 חודשים.
2. מרפאת כאב מה-29/10/2024: בלט דיסק בגבהים C3-4-5-6 ללא סימני SPINAL STENOSIS. CT עמוד שדרה מותני קרלי.
L2-L3 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית. L3-L4 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
ממצאים: כאבים ורגישות מעל עמ"ש צווארי החמרה בשינוי תנוחה SPURLING שלילי, רגישות וכאבים בגב תחתון החמרה בשינוי תנוחה SLR שלילי.

אבחון ותוכנית טיפולית

סוג החלטה: כשיר
צורך בביקור במקום עבודה: לא

אבחנה		קוד
אבחנה	איפיון	7231
		7242

ERVICALGIA
OW BACK PAIN

דיון מדובר במטופל אשר בחודש מאי עבר תאונת דרכים (התהפחות משאית בעמידה). מאז סיים 91 יום מחלה של תאונה עבודה וחזר למעגל עבודה. במסגרת תפקידו נהג ובבירור רפואי שעבר ככל הנראה ממצאים עקראים קלים שלא נדרשים להתערבות ניתוחית או תעסוקתית כי מתפקד בתור נהג בלבד.

סיכום לצורך הדפסה



017432250346

מס' מרשם

מרשם

מס' זהות: 00326096526

אלקראו מסרי

גיל: 20.08 מין: ז

110183054

ABITREN INJ 75MG/3ML 5 75MG/3ML

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

זריקה 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

000072231

ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

למשך 7 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 3 ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

000052920

ICE POWER COLD GEL 150ML CF

למשך 7 ימים סה"כ 1 יח

להשתמש 3 x ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

מס' רישיון



132160

טלפון: 08-6404800

כתובת: מרכז מסחרי רהט

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת:

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר מחמד אבו ציאם

תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 09/05/2025

הפניה לדימוות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	29.05	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח			
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	טלפון נוסף:	53-7447642			

13/05/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33136088617

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3136



033136088617



0316186832



148816

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78556	73721	ת.מ. MRI לברך ימין	10406032

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024

ב- 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטיון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקת: צליעה אנטלגית

רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטיון לטראלי טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים

ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי

צילום קרסול שמאל

12/08/2024

השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאטיה במס גבהים

הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול

ממליץ

משככי כאב לפי הצורך

מעקב מרפאת כאב

פיזיותרפיה המשך טיפול

מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה

לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים,

מעקב בעוד 3 חודשים

09/05/2025

ממשיך להתלונן על כאב והגבלה בעש צווארי ומותני וברך ימין מאז התאונה

הקרנה לרגל דוצ

בבדיקתו: רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים

ברך ימין נפוחות + ללא תפליט, רגישות במישוש מעל סדק מפרקי, מבחנים

מניסקאליים חיוביים בהיבט מידיאלי

14/05/2025
הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול
ממליץ על השלמת MRI ברך ימין בשאלה של קרע מניסקאלי
פיזיותרפיה לעבודה על טווחי תנועה וחזוק שרירי הגב
מעקב מרפאת כאב
EMG גפיים תחתונות

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/08/2024:
ההפניות שהופקו ב 19/07/2024:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לדימות - 78218-צילום
קרסול שמאל
12/08/2024
09/05/2025

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2011	MIGRALEVE	ALLERGY DRUG
06/07/2018		OBESITY (BMI >30)

רגישויות ואז תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
MIGRALEV	פריחה;	רופא

הערות פגיעה / מעורבות מניסקאלית

לא בוצעה בדיקת קראטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיגיטלית**	148816	וסים אל עברה
חתימה וחומת הרפא	מספר רשיון	שם הרפא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.		



Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

פרטי הבדיקה:

תאריך בדיקה: 15/5/2025 09:41 | גורם מפנה: כללית | רופא מפנה: ד"ר וסים אלעובר | רופא מבצע: ד"ר סלימאן אלגרינאוי
 קוצב לב: לא | קרישת דם: לא | מחלה זיהומית: לא
 סיבת ביצוע הבדיקה: כאבים בכל הגוף הגבלה בתנועה

Conclusion:

Suggestive chronic right L2-L3-L4 Radiculopathy,

Impression:

- There is electrophysiologic findings suggestive for chronic right L2-L3-L4 radiculopathy.
- Normal SNAP amplitudes and conduction velocities at all tested nerves.
- Normal CMAP latency, amplitude and conduction velocities at all tested nerves.
- The F wave study was normal at Peroneal at the ankle (FEDB) bilateral.
- EMG shows reinnervation at right quadriceps alone muscles as showed in the table, with neurologic patterns normal large amplitude, polyphasic, increased duration motor unit action potentials, without reducing of volitional pattern.

*** It is recommended to repeat the test in 3 months if the symptoms continue.

*** A clinical evaluation should be performed in order to correlate with the neurophysiological evaluation and determine the severity of the clinical impairment.

*** Electrodiagnostic studies should always be considered an extension of the physical exam. The final diagnosis and subsequent clinical decisions made should reflect that.

Thank you for allowing me to assist in helping your patient.

SNC

Nerve Site	Stim. Site	Recording Site	Onset Lat.	Peak Lat.	Amplitude	Distance	Velocity
Sural Nerve (Ant.) (R)	Ankle	Distal Post. Calf	2.8	4.2	13.6	140	32
Sural Nerve (Anti.) (L)	Ankle	Distal Post. Calf	3.9	3.6	11.5	140	29
Deep Peroneal N. (Ant.) (R)	Ankle	Web Metatarsal 1-2	3.8	4.4	14.3	120	36
Deep Peroneal N. (Ant.) (L)	Ankle	Web Metatarsal 1-2	3	4.2	16.4	120	39
S. Peroneal N. (Ant.) (L)	Lat. Distal Calf	Malleoli	3.5	4.5	13.4	140	31

ELKRINAWI SLIMAN, MD - N.O 1-132047
 Neuro-Musculo-Skeletal Medicine
 Physical Medicine & Rehabilitation N.O. 47187





Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

S. Peroneal N. (Ant.) (R)	Lat Distal Calf	Malleoli	3.2	4.8	14.9	140	42
Saphenous N. (Ant.) (R)	Medial Knee	Medial Border Tibia	2.7	3.5	10.9	100	41
Saphenous N. (Ant.) (L)	Medial Knee	Medial Border Tibia	3.5	2.9	12.9	100	30

MNC

Nerve Site	Stim. Site	Recorded Muscle	Latency	Amplitude	Distance	Duration	Velocity
Tibial Nerve (R)	Ankle	Abductor Hallucis	5.8	7.2	120	6.2	40
Tibial Nerve (R)	Popliteal Fossa	Abductor Hallucis	8.2	6.2	280	6.7	38
Tibial Nerve (L)	Ankle	Abductor Hallucis	6.3	7.7	120	6	42
Tibial Nerve (L)	Popliteal Fossa	Abductor Hallucis	8.4	6.6	280	6.8	38
Deep Peroneal Nerve (R)	Ankle	Extensor Digitorum B.	6.4	6.3	120	4.8	35
Deep Peroneal Nerve (R)	Fibular Head	Extensor Digitorum B.	8.3	5.8	280	5.1	37
Deep Peroneal Nerve (L)	Ankle	Extensor Digitorum B.	6.1	6.9	120	4.4	31
Deep Peroneal Nerve (L)	Fibular Head	Extensor Digitorum B.	8.7	5.1	280	5.6	28
Femoral Nerve (R)	Inguinal Ligament	Vastus Medialis	3.9	7.6	300	7.2	41
Femoral Nerve (L)	Inguinal Ligament	Vastus Medialis	4.9	8	140	7.5	38

F WAVE

Nerve	Site	F Latency ms	M Latency ms
Peroneal (FEDB) (R)	Ankle	34	3.4
Peroneal (FEDB) (L)	Ankle	35	3.9

EMG

Nerve	Muscle	Root	IA	FIB	PSW	FASC	HF	AMP	DUR	POLY	REC
-------	--------	------	----	-----	-----	------	----	-----	-----	------	-----

ELKRINAWI SLIMAN, MD - N.O 1-132047
Neuro-Musculo-Skeletal Medicine
Physical Medicine & Rehabilitation N.O. 47187





Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

Tibial (R)	Gastrocnemius	S1-S2	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Tibial (L)	Gastrocnemius	S1-S2	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Deep Peroneal (R)	Tibialis Anterior	L4-L5	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Deep Peroneal (L)	Tibialis Anterior	L4-L5	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Femoral (R)	Quadriceps	L2-L3-L4	None	None	None	None	None	None	+	+	None
Femoral (L)	Quadriceps	L2-L3-L4	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Obturator (R)	Gracilis	L2-L3	None	None	None	None	None	None	None	None	None

מקור תשובה:	תשובה התקבלה בתקשורת	
תאריך שליחת תשובה:	09/05/2025	זמן שליחת תשובה: 08:39
תאריך הבדיקה:	09/05/2025	
תחום:	אורטופדיה	
שם הרופא:	וסים אל עברה	רישיון רופא: 148816
בית החולים / מרפאה:	מרכז לרפואה יועצת - רהט	
סוג התשובה:	סיכום ביקור	
סוג ביקור:	2 תאונת עבודה	
סיווג חשיבות:	רגילה	
מהות הביקור:	רגיל	
תלונות:	תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2024 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024 ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטישון לטרלאי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין	
	בבדיקתו: צליעה אנטלגית רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטשיון לטרלאי טווחים מוגבלים	
	סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי צילום קרסול שמאל 12/08/2024: השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאטיה במס גבהים הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול ממליץ משככי כאב לפי הצורך מעקב מרפאת כאב פיזיותרפיה המשך טיפול מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים, מעקב בעוד 3 חודשים 09/05/2025: ממשיך להתלונן על כאב והגבלה בעש צווארי ומותני וברך ימין מאז התאונה הקרנה לרגל דוצ בבדיקתו: רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים ברך ימין נפיחות + ללא תפליט, רגישות במישוש מעל סדק מפרקי, מבחנים מניסקאליים חיובים בהיבט מידיאלי	
	סיטי עש צווארי ומותני דיסקופאטיה במס גבהים	
	הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול ממליץ על השלמת MRI ברך ימין בשאלה של קרע מניסקאלי פיזיותרפיה לעבודה על טווחי תנועה וחיזוק שרירי הגב מעקב מרפאת כאב EMG גפיים תחתונות	

תאריך: 19/10/2025

סיכום טיפול

פרטי המטופל		אל קרינאוי מהאר	
שם משפחה ושם פרטי	00-31618683-2	מס זהות	29.10
ת.ד. 405	רחוב	מס בית	0 / 053
רשם	53	ת.ל.ידה	11/12/1995
טלפון נוסף	7447642	מחמוד	שם האב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250504221 מספר זיהוי הפניה: 37433039131

תאריך הפניה: 11/04/2025

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרפא המטפל/מקצועי: ד"ר יוסף אבו מטיר

מרפאה: 7433

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7242		LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 14/05/2025 תאריך סיום טיפול: 28/09/2025

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטי: 3 קבוצתי: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 7

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה לתרגול בבית
1	תרגילי חיזוק
1	טיפול ב-Hot Pack
8	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה
2	הערכה מחדש- בדיקה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

סיכום טיפול

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י אלסאנע חאמד

00-31618683-2

סיכום טיפול

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	7	7

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: ללא שינוי במצב עדיין כאבים בגב תחתון קושי בהליכה עמידה שיבה משוכת הרמת שמקל זרמים לרגלים מגבלה בתנועה זקוק למעקב רופא מטפל והמשך תרגול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 31/08/2025
 17/08/2025
 27/07/2025
 27/07/2025
 06/07/2025
 29/06/2025
 29/06/2025
 08/06/2025
 25/05/2025
 18/05/2025
 14/05/2025

מחוז דרום
 חמאד אלסאנע
 כיוונית מר 10105188
 חתימה וחוקת

אלסאנע חאמד

שם מטפל

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, שהאר אלקריאל, מס' 316186832, מרחוב אלזא 219 רח,
ת.ז. מס' 316186832, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 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, ו/או 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 ו/או 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 הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
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 פס"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 ו/או 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 בקשה 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 05 לחודש 05 שנה 2025

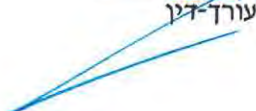
חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ד. 62254

עורך דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> לקמיאני	<u>שם פרטי</u> מהאר	<u>תעודת זהות</u> 316186832	<u>שם האב</u> מחמד	<u>טלפון</u> 0537447442
<u>רחוב</u> אלעזר	<u>מס'</u> 214	<u>מיקוד</u> 8535700	<u>עיר</u> נהל	<u>מספר</u> 0537447442

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או 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 תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או 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 ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור 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 האב _____ ת.ז. _____
ת.ז. _____
תאריך: 5/5/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254 חתימה: _____ X