

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י הדפסת_תיקים_אונליין

פרטים אישיים

תעודת זהות 316468867 קופת חולים: מכבי

שם משפחה:	גרוספלד	ת.לידה:	15/07/1995	רחוב:	תמר
שם פרטי:	עופר	גיל:	30.6	מס:	7
שם האב:	יהונתן	מין:	ז	עיר:	קרית טבעון
מ. משפחתי:	רווק	מיקוד:	3653040	טלפון בבית:	04-9830296
		טלפון נייד:	0523722840		

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2018

08/04/2015 09:28:25

אנמנזה

אנשי קשר ומצב סוציאקונומי

מצב משפחתי: רווק

בעיות ידועות

תחילת הבעיה	אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
normal ech	SYSTOLIC MURMUR UNDIAGNOSED			
2011	ACNE VULGARIS			

רגישויות

לא ידוע על רגישות לתרופות: ☒

הרגלים

עישון:

סטאטוס	ממוצע ליום	סה"כ שנים	שנות חפיסה	תאריך סיום	מגמת שינוי	טיפול בעבר	ת. רישום	נרשם ע"י
לא ידוע							15/05/2025	ד"ר' חירם נצר משפחה

17/07/2023 12:18:48

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 מספר ביקור: 00246009758

שם רופא/ה: ד"ר בן שמחון אורי תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בן 28, מאתמול ערב כאב באיזור של פיתבאת ללא דימום

ללא הלך לשירותים לפני כמה ימים, ללא חריג צריך לסדר התזונה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תרורים חיצוני ללא סימן של דימום

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEMORRHOIDS EXTERNAL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 4 ימים. עם או אחרי אוכל	1 <4>	1 cap X 2 -1 op	IBUFEN 400MG X 50
למריחה 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 4 ימים.	1 <4>	ont X 2 -1 op	BETACORTEN OINT 0.1% X15GR
להמיס ולשתות 1 שקית 2 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 4 ימים.	1 <4>	1 sach X 2 -2 op	NORMALAX 6 SACH
למריחה 2 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 4 ימים.	1 <4>	ont X 2 -1 op	RECTOZORIN 50GR

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 4201800

26/10/2023 06:38:06

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00255335168

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 25/10/2023 16:21:05 טל: 052-3722840 שאלה כללית: אשמח לקבל אישור רפואי להוצאת רישיון כלי ירייה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	06:39:02 26/10/2023 עופר שלום, מציע לפנות אל דר שמחון שהינו הרופא המטפל הנוכחי.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1054800

29/10/2023 13:19:44

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00255574964

שם רופא/ה: ד"ר בן שמחון אורי תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 26/10/2023 17:38:18 טל: 052-3722840 שאלה כללית:

מקור המידע	פירוט
שלוש, אשמח לקבל אישור רפואי להוצאת רשיון לכלי ירייה(אקדח)	
בקשות מהאתר - מענה הרופא	13:20:08 29/10/2023
	שלוש, צריך רבוא בביקורת פרונטלי

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

המלצות למטופל: שלוש, צריך רבוא בביקורת פרונטלי

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 4201800

30/10/2023 10:52:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00255681205

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 14:06:27 29/10/2023 טל:052-3722840 שאלה כללית: שלוש, אני מעוניין שאתה תהיה רופא המשפחה שלי, איני מבין מדוע יש לי רופא משפחה חדש
בקשות מהאתר - מענה הרופא	10:58:48 30/10/2023 טופל

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	03.5	9359	MEDICAL EXAMINATION FOR FIREARM LICENSE

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1054800

15/02/2024 14:21:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28.7 מספר ביקור: 00267149194

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 15/02/2024 13:01:23 טל: 052-3722840 שאלה כללית: במסגרת תהליך אצל תזונאי אשמח להפניה לבדיקות דם הכוללות: כימיה כללית sma המטולוגיה כללית תפקודי כבד וכליות TSH פרופיל ליפידים ויטמין b12 ויטמין d חומצה פולית סטורציית ברזל ופריטין cpk
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:22:09 15/02/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

הערות	בדיקות/הפניות
15/05/2024 עד - בתוקף	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב , עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
Lipid Screen Battery	תוצאה תקינה בשלוש שנים אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום לבדיקה חוזרת		

! 1054800

04/08/2024 09:18:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 מספר ביקור: 00284164929

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: לאחר שירות מילואים בלחימה. נפגע באוזן שמאל מהדי פיצוצים. טיניטוס.
עבר בדיקת שמיעה שהדגימה ירידה. בדיקת שמיעה נוספת כעבור כמה שבועות הדגימה שיפור.
כעת, עדיין טיניטוס, תחושת אטימות.
מתאר מחשבות ותמונות מתקופת המילואים.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TINNITUS
			POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 31/01/2025	ת.ל.מ – טיפול פסיכותרפיה ממוקד קצר מועד

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1054800

04/09/2024 06:49:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29.1 מספר ביקור: 00287233290

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 03/09/2024 22:26:10 טל: 052-3722840 שאלה כללית: בפברואר קיבלתי ממך הפניה לבדיקות דם עם מספר גבוה של מדדים שרציתי לבדוק כדי להגיע עם זה לתזונה. אשמח אם תוכל לחדש לי את המרשם לבדיקה, משום שלא עשיתי את הבדיקה.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	06:51:11 04/09/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 03/12/2024	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1054800

15/05/2025 21:33:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29.10 מספר ביקור: 00313769112

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 15/05/2025 15:57:52 טל: 052-3722840 שאלה כללית: לפני מספר חודשים קיבלתי ממך הפניה לבדיקות דם עם מספר גבוה של מדדים שרציתי לבדוק כדי להגיע עם זה לתזונה. אשמח אם תוכל לחדש לי את המרשם לבדיקה, משום שלא עשיתי את הבדיקה.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	21:34:42 15/05/2025 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

הערות	בדיקות/הפניות
13/08/2025 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1054800

28/01/2026 11:13:40

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 30.6 מספר ביקור: 00340710970

שם רופא/ה: דר' חירם נצר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: טלפוני למעקב ל"ד
יגיע למרפאה למדידה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PATIENT IN FOLLOW-UP

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1054800

31/01/2024 10:42:11

רישום ביקור עיניים

מספר ביקור: 00265396630

גיל: 28.6 שם רופא/ה: ד"ר מורבניק חררדו

תחום הטיפול: עיניים

תלונות: בן 28.

ללא רקע רפואי או עיני
מתלונן על נגע בעין שמאל
פטריגיום - ללא אסטיגמציה, למעקב בלבד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

חדות ראייה

חדות ראייה

PH	רגיל	בדיקה כללית - ימין
	6/7.5	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

PH	רגיל	בדיקה כללית - שמאל
	6/7.5	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

(לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

ימין

16

שמאל

16

מקטע קדמי

שמאל	מקטע קדמי	ימין
שמורים	עפעפיים	שמורים
שקטה	לחמית	שקטה
פטריגיום קטן	קרנית	שקופה ללא צביעה
ע"ש	לשכה קדמית	ע"ש
שלמה	קשתית	שלמה
עגול מגיב	אישון	עגול מגיב
זכה	עדשה	זכה

קרקעית העין

שמאל	קרקעית העין	ימין
	זגוגית	צלולה
דיסקה גבול חד רים שמור	עצב ראייה	דיסקה גבול חד רים שמור
מקולה שמורה, כלי דם תקינים, ללא רטינופתיה	רשתית	מקולה שמורה, כלי דם תקינים, ללא רטינופתיה

ביקור עיניים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PTERYGIUM

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לטפטף בעין 1 טיפות 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טיפות, צהריים 1 טיפות, ערב 1 טיפות) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 drp X 3 -1 op	FML EYE DROPS 0.1% X 5ML

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	04.0	5050	FUNDUS IN MYDRIASIS

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 2364100

08/01/2025 09:57:53

רישום ביקור עיניים

00300220288

מספר ביקור:

29.5

גיל:

שם רופא/ה: ד"ר מורבניק חררדו

תחום הטיפול: עיניים

תלונות: בביקור בתאריך 31/01/2024 בשעה 10:42:11
בן 28.

ללא רקע רפואי או עיני
מתלונן על נגע בעין שמאל
פטריגיום - ללא אסטיגמציה, למעקב בלבד

בביקור בתאריך 08/01/2025 בשעה 09:57:53
מעוניין בהסרת פטריגיום - מופנה לד"ר ברלינר

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

מקטע קדמי

שמאל	מקטע קדמי	ימין
------	-----------	------

קרקעית העין

ביקור עיניים

מוזמן למעקב:

רישום ביקור עיניים

ביקור עיניים

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
HYLO-COMOD 10ML	1 drp X 4 -1 op	1 <90>	לטפטף בעין 1 טיפות 4 פעמים ביום, (בוקר, 1 טיפות, צהריים 1 טיפות, ערב 1 טיפות, לפני שינה 1 טיפות) לתקופה של 90 ימים.

המלצות למטופל: הוסבר לו לגבי מהות הפטריגיום ומתי ממולץ לנתח מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0827400

31/08/2025 17:54:01 רישום ביקור עיניים

מספר ביקור: 00324436588

שם רופא/ה: ד"ר זולף ריקי גיל: 30.1

תחום הטיפול: עיניים

תלונות: פטריגיום בעין שמאל.

נבדק לפני שבוע.

בריא/ה

לא נוטל/ת תרופות באופן קבוע

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ביקור עיניים

ממצאים: LE פטריגיום קטן כ1ממ מהלימבוס

BE מקטע קדמי תקין עדשות זכות

קרקעית שתי עיניים- דסקה תקינה מקולה בגדר הנורמה .

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PTERYGIUM			

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0827400

30/10/2023 10:58:49 טיפולים וניתוחים
טיפולים

שם הרופא: דר' חירם נצר

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

דווח טיפול: !

תאריך ביצוע: 30/10/2023 שעת ביצוע: 10:52

מקום הטיפול/ חדר ניתוח: מרפאת הרופא - 0000

ד	כמות	ניקוד	קוד	הטיפול
!	1	03.5	9359	MEDICAL EXAMINATION FOR FIREARM LICENSE

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC FORMS			

31/01/2024 10:47:33 טיפולים וניתוחים
טיפולים

שם הרופא: ד"ר מורבניק חררדו

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

דווח טיפול: !

תאריך ביצוע: 31/01/2024 שעת ביצוע: 10:42

מקום הטיפול/ חדר ניתוח: מרפאת הרופא - 0000

ד	כמות	ניקוד	קוד	הטיפול
!	1	04.0	5050	FUNDUS IN MYDRIASIS

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PTERYGIUM

17/08/2023 12:17:30

יעוץ מומחים

הפניה

סוג ייעוץ: רגיל תאריך הפניה: 17/08/2023

שם רופא מפנה: ד"ר בן שמחון אורי

מטרת ההפניה: תשובה יזומה

תשובת היעוץ

תאריך רישום: 17/08/2023

תאריך הפניה: 17/08/2023

תאריך ייעוץ: 17/08/2023

שם יועץ: פודולסקי רומן

תחום: פיזיותרפיה

הופנה לפיזיותרפיה עקב: HIP PAIN, בוצעה סדרה באורך 38 ביקורים מתאריך 19/04/2022 עד תאריך 17/08/2023. במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה, טיפול מנואלי. הסדרה הסתיימה ביוזמת פיזיותרפיסט. מטרת הטיפול שהוגדרו: המטופל ישפוט משחק שלם ללא קושי תוך חודש וחצי. הושגו במלואן. מידת הגעה לטיפול במידה מרובה ושיתוף פעולה בטיפול במידה מרובה הערות: הטבה ניכרת במצבו, מסיים טיפול..

קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 29/10/2023

15/05/2025 21:34:32

אומדנים - חדש

שם מבצע: דר' חירם נצר
תחום הטיפול: משפחה
תאריך המדידה: 15/05/2025
גיל מפורט (בעת המדידה): 29 שנים, 10 חודשים ו-1 שבועות

סטאטוס עישון

שנת חפיסה	טיפול בעבר	מגמת שינוי	תאריך סיום	סר"כ שנים	ממוצע ליום	סטאטוס	מבצע המדידה	שעה
						לא ידוע		21:34 מטפל

07/03/2024 07:14:32

גליון סדרה-פיזיו

סדרת טיפולים

מס' סדרה: 8
שם פזיותרפיסט: פודולסקי רומן
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
שם מכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה
תאריך עדכון: 07/03/2024
מצב הסדרה: סגורה

פרטי סגירת סידרה

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול
השגת מטרות הטיפול: לא ידוע/לא רלוונטי
מידת שיתוף הפעולה
התמדה בהגעה לטיפולים:
התמדה בתרגול עצמי:

הפניה עצמית

גורם מפנה: הפניה עצמית

אבחנות רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HIP PAIN			

ציון תפקודי FHS: 60
תאריך עדכון הציון: 07/03/2024
ציון תפקודי מנובא: 74
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 3
תאריך עדכון הציון: 07/03/2024
פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 19
תאריך עדכון הציון: 07/03/2024
מס' ביקורים שבוצעו: 0

11/07/2023 07:57:32

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 7
מס' ביקור: 38
שם פזיותרפיסט: פודולסקי רומן
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפניה עצמית
גורם מפנה: הפניה עצמית
שם מכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה
תחילת הטיפול: 19/04/2022
תאריך עדכון: 17/08/2023
מצב הסדרה: סגורה

אבחנת רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HIP PAIN			

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנת פיזיותרפיסט	תאריך	אבחנה מובילה
MUSCLE SPASM/CRAMP/PAIN HIP	19/04/2022	כן

מס' ביקורים שבוצעו: 38
מס' טיפולים שבוצעו: 91

פרטי ביקור

מס' ביקור: 36

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן

שם המכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 11/07/2023

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופל ישפוט משחק שלם ללא קושי תוך חודש וחצי.	10/06/2022		19/04/2022	פודולסקי רומן	בדיקה אורטופדית	19/04/2022

הערות טיפול קודם: לדבריו שיפור במצבו ירידה ברגישות.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
Manual Therapy	קרסול + כף רגל	15		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	10	תרגול אקצנטרי	!	STABILIZATION EXERCISE
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	10	תרגול אקצנטרי	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	15	תרגול בדגש על קפיצות.	!	ADL HIGH LEVEL
ביקור רגיל				!	
Manual Therapy	קרסול + כף רגל	10		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE

! 0797903

27/07/2023 10:28:24

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 7 מס' ביקור: 38 תחילת הטיפול: 19/04/2022 תאריך עדכון: 17/08/2023

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן

שם מכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הפניה עצמית

גורם מפנה: הפניה עצמית

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HIP PAIN

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	19/04/2022	MUSCLE SPASM/CRAMP/PAIN HIP

מס' טיפולים שבוצעו: 91

מס' ביקורים שבוצעו: 38

פרטי ביקור

מס' ביקור: 37

שם המכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 27/07/2023

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופל ישפוט משחק שלם ללא קושי תוך חודש וחצי.	10/06/2022		19/04/2022	פודולסקי רומן	בדיקה אורטופדית	19/04/2022

הערות טיפול קודם: ממשיך בשיפור, לא מפריע כלל בריצה, אך לא מסוגל לבצע עליה של 25 פעמים ברצף.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	10	תרגול אקצנטרי	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	15	תרגול בדגש על קפיצות.	!	ADL HIGH LEVEL
ביקור רגיל					!
Manual Therapy	קרסול + כף רגל	10		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	10	תרגול אקצנטרי	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	15	תרגול בדגש על קפיצות.	!	ADL HIGH LEVEL
Manual Therapy	קרסול + כף רגל	10		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE
ביקור רגיל				!	!

! 0797903

גליון ביקור-פיזיו 17/08/2023 12:16:15

פרטי סדרה

מס' סדרה: 7 מס' ביקור: 38 תחילת הטיפול: 19/04/2022 תאריך עדכון: 17/08/2023

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן שם מכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הפניה עצמית

גורם מפנה: הפניה עצמית

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HIP PAIN

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	19/04/2022	MUSCLE SPASM/CRAMP/PAIN HIP

מס' ביקורים שבוצעו: 38 מס' טיפולים שבוצעו: 91

פרטי ביקור

מס' ביקור: 38

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן

שם המכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 17/08/2023

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופל ישפוט משחק שלם ללא קושי תוך חודש וחצי.	10/06/2022		19/04/2022	פודולסקי רומן	בדיקה אורטופדית	19/04/2022

ציון תפקודי FHS : 66

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 2

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 19

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	10	תרגול אקצנטרי	!	STABILIZATION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	15	תרגול בדגש על קפיצות.	!	ADL HIGH LEVEL
Manual Therapy	קרסול + כף רגל	10		!	MANUAL MOB SOFT TISSUE
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרסול + כף רגל	20	ריצות וקפיצות	!	ADL HIGH LEVEL
EVALUATION REASSESSMENT	קרסול + כף רגל	10		!	
ביקור רגיל				!	

הערות: הטבה ניכרת במצבו, מסיים טיפול.

0797903 !

07/03/2024 07:15:06

קבלה כללית/ אורטופדית

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 8

משך הבעיה:

בעיה תת חריפה -בין 3 שבועות ל- 3 חודשים

הסטוריה:

לדבריו לפני כחודשיים בעת היותו חייל במלחה, החלך עם משקל של 50 ק"ג, החלה רגישות באיזור הירך בחלק העליון. הכאב סטטי אך חושש מהחמרה שלו. אמור לרוץ מרתון בעוד 7 חודשים. כרגע רץ 50-60 ק"מ בשבוע.

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

ללא כאב קבוע, בשיא בעוצמה 4-5.

תדירות הסימפטומים:

מופיע בזמן תנועה,

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

בתחילת הריצה, לאחר שמתחמם, פחות מציק, בסוף ריצה לא מרגיש.

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

הפסקת הפעילות.

התנהגות סימפטומים במהלך היום:

ללא קשר למהלך היום.

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: ישיבה ממושכת

פעילות גופנית: כן 3 פעמים או יותר בשבוע

פירוט פעילות גופנית: ריצה, חדר כשר.

דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן		X	
ירידה לא מתוכננת במשקל		X	
כאבי לילה		X	
חום/צמרמורות/הזעה לילית		X	
קושי בשליטה על סוגרים		X	
פרסטזיות אוכף		X	
קושי בבליעה		X	
טינטון		X	
הפרעות ראייה		X	
סחרחורות		X	
התעלפויות		X	

07/03/2024 07:20:13

בדיקה כללית/ אורטופדית

גיליון בדיקה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 8

תאריך: 07/03/2024

09/12/2003 15:55:51

אנמנזה רפואית

בעיות ידועות/ניתוחים/ רגישויות

בעיות ידועות

תחילת הבעיה	אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
normal ech	SYSTOLIC MURMUR UNDIAGNOSED			

רגישויות

☒ לא ידוע למטופל על רגישויות לתרופות

הרגלים

עישון סיגריות :

דפי מידע	תאריך סיום	סהכ שנים	ממוצע ליום	סטאטוס	ת.רישום
				אין מידע	12/12/2010
				אין מידע	23/11/2011

05/08/2007 11:50:51

אנמנזה סיעודית

מידע סיעודי

☒ בריא בדרך כלל. - 21/12/2008

מידע רפואי

תרופות קבועות

☒ אינו נוטל תרופות בקביעות. - 21/12/2008

רגישויות

☒ לא ידועה רגישות לתרופות. - 03/06/2012

☒ לא ידועה רגישות אחרת. - 03/06/2012

רגישויות אחרות

ניתוחים בעבר

☒ לא נותח בעבר. - 21/12/2008

הרגלי אורח חיים

עישון סיגריות

ת.רישום	סטאטוס	ממוצע ליום	סהכ שנים	תאריך סיום	דפי מידע
03/06/2012	לא				

* בעמודת ממוצע ליום יש להתייחס לכמות סיגריות ממוצעת ליום

פרטי רופא

מס ביקור



000246009758

שם רופא: ד"ר בן שמחון אורי

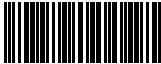
מומחיות: מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6750333

פקס: 073-2284221

פרטי מטופל

ת"ז



0316468867

שם מטופל: גרוספלד עופר

ת"ז: 316468867

גיל: 28 שנים

טלפון: 0523722840, 049830296

מין: ז

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 17/07/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
cap. ibuprofen 400 mg * IBUFEN, ADEX FORTE, NUROFEN FORTE	לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום לפי הצורך * עם או אחרי אוכל	4 ימים					17/07/2023-07/08/2023	- כמות לניפוק: 50 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
ont. betamethasone valerate 1 mg/g * BETACORTEN OINT, BETNOVATE	למריחה 2 פעמים ביום	4 ימים	.1		.1		17/07/2023-07/08/2023	- כמות לניפוק: 1 OP ** השתתפות עצמית: 10 %
sachets polyethylene glycol 3350 * NORMALAX	להמיס ולשתות 1 שקית 2 פעמים ביום לפי הצורך	4 ימים					17/07/2023-07/08/2023	- כמות לניפוק: 12 יחידות לא בפנקס התרופות של מכבי. על חשבון החבר בלבד
* RECTOZORIN	למריחה 2 פעמים ביום לפי הצורך	4 ימים					17/07/2023-07/08/2023	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא 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.



104639

מכבי שירותי בריאות

העיתק טופס
22/02/2026

פודולסקי רומן

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-7687200

פקס: 073-2284264

כתובת: בכור שלום שטרית 6, תל אביב - יפו (בנין החוויה האולימפית קומה 2-)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316468867

שם פרטי: עופר

שם משפחה: גרוספלד

טל.עבודה/נייד: 0523722840

049830296

טלפון:

מין: ז

15/07/1995

ת.לידה:



0316468867

מיקוד 3653040

תמר 7, קריית טבעון

כתובת:

סיכום טיפול פיזיותרפיה

17/08/2023

תאריך הפקה:

ד"ר בן שמחון אורי

לכבוד דר'

316468867

ת"ז:

גרוספלד עופר

מר/ת

התקבל בתאריך: 19/04/2022 לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

לידיעתך, המטופל/ת גרוספלד עופר

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	19/04/2022	MUSCLE SPASM/CRAMP/PAIN HIP

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל ישפוט משחק שלם ללא קושי תוך חודש וחצי.	10/06/2022		19/04/2022

טופל החל מ- 19/04/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	60	66
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	3	2
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	נמוך

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE
GROUP STATION

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 38 ביקורים

חתימה



104639

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה
העתק טופס
22/02/2026

פודולסקי רומן

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-7687200

פקס: 073-2284264

כתובת: בכור שלום שטרית 6, תל אביב - יפו (בנין החוויה האולימפית קומה 2-)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: גרוספלד	שם פרטי: עופר
ת.לידה: 15/07/1995	מין: ז
תל.עבודה/נייד: 0523722840	טלפון: 049830296
כתובת: תמר 7, קריית טבעון	מיקוד: 3653040
0316468867	

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: הטבה ניכרת במצבו, מסיים טיפול.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: הדר יוסף - מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: פודולסקי רומן

☒ הפק ללא הדפסה

פרטי רופא

מס ביקור


000265396630

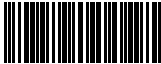
שם רופא: ד"ר מורבניק חררדו

מומחיות: מומחה ברפואת עיניים

טלפון: 03-6764995

פרטי מטופל

ת"ז


0316468867

שם מטופל: גרוספלד עופר

ת"ז: 316468867

גיל: 28 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0523722840, 049830296

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 31/01/2024 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
eye drops fluorometholone 1 mg/ml * FML EYE DROPS	לטפטף בעין 1 טיפות 3 פעמים ביום	7 ימים	1 טיפות	1 טיפות	1 טיפות		31/01/2024-21/02/2024	כמות לניפוק: 1 OP ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא 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.

תאריך: 15/02/2024

מ.ר גורם מפנה



035756

קוד הפניה: 364945400



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
22/02/2026

טלפון: 04-6165396

פקס: 076-8893554

כתובת: מרוה 1, קריית טבעון (קניון מול היער)

דר' חירם נצר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316468867

שם פרטי: עופר

שם משפחה: גרוספלד

טל.עבודה/נייד: 0523722840

049830296

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 15/07/1995



0316468867

מיקוד 3653040

תמר 7, קריית טבעון

כתובת:

דף מידע לבדיקות

☒ שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

Transferrin.Sat.(Erythropoietin Treat).Bat - 03552
FOLIC ACID - 02746
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
AST (SGOT) - 04450
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
GLUCOSE (B) - 02947
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
Urea (B) - 04520
VITAMIN D (25 OH) - 02306

VITAMIN B-12 - 02607
TSH - 04443
ALT (SGPT) - 04460
BILIRUBIN Total - 02250
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
SODIUM (Na) (B) - 04295
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
CK - 02550

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התירוקסין או ליתרוןין Levothyroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות: מומלץ לא לבצע פעילות גופנית לפני הבדיקה. פעילות גופנית מוגברת לפני הבדיקה עלולה לגרום

לרמות מוגברות.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון* 3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 15/02/2024 עד תאריך 15/05/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אגא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 04/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס

22/02/2026

ד"ר חירם נצר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה



0027230747



035756



קוד הפניה: 390435207

טלפון: 04-6165396

פקס: 076-8893554

כתובת: מרוה 1, קריית טבעון (קניון מול היער)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316468867

שם פרטי: עופר

שם משפחה: גרוספלד

טל.עבודה/נייד: 0523722840

049830296

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 15/07/1995



0316468867

מיקוד: 3653040

תמר 7, קריית טבעון

כתובת:

ת.ל.מ - טיפול פסיכותרפיה ממוקד קצר מועד

טיפול פסיכותרפי ממוקד פרונטלי או מקוון המיועד למצבים כגון חרדה ודכאון ברמת חומרה קלה - בינונית

לאחר שירות מילואים בלחימה. נפגע באזון שמאל מהדי פיצוצים. טיניטוס. עבר בדיקת שמיעה שהדגימה ירידה. בדיקת שמיעה נוספת כעבור כמה שבועות הדגימה שיפור. כעת, עדיין טיניטוס, תחושת אטימות.

מתאר מחשבות ותמונות מתקופת המילואים.

אבחנה:

- TINNITUS
- POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

בעיות ידועות:

- SYSTOLIC MURMUR UNDIAGNOSED (normal ech)
- ACNE VULGARIS (2011)

מעש/ת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	90812-0-01	טיפול פסיכותרפיה ממוקד קצר מועד עד 15 מפגשים

יש להגיש בקשה להתחייבות ולצרף הפניה זו. לאחר קבלת ההתחייבות מס' טלפון לתאום הטיפול: 077-6052990

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

04/08/2024

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 - 04/08/2024 עד תאריך - 31/01/2025

תאריך: 04/09/2024

מ.ר גורם מפנה



035756

קוד הפניה: 394992190



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
22/02/2026

טלפון: 04-6165396

פקס: 076-8893554

כתובת: מרוה 1, קריית טבעון (קניון מול היער)

דר' חירם נצר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316468867

שם פרטי: עופר

שם משפחה: גרוספלד

טל.עבודה/נייד: 0523722840

049830296

טלפון:

מין: ז

15/07/1995

ת.לידה:



מיקוד 3653040

תמר 7, קריית טבעון

כתובת:

0316468867

דף מידע לבדיקות

☒ שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

Transferrin.Sat.(Erythropoietin Treat).Bat - 03552
FOLIC ACID - 02746
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
AST (SGOT) - 04450
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
GLUCOSE (B) - 02947
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
Urea (B) - 04520
VITAMIN D (25 OH) - 02306

VITAMIN B12 - 02607
TSH - 04443
ALT (SGPT) - 04460
BILIRUBIN Total - 02250
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
SODIUM (Na) (B) - 04295
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
CK - 02550

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התירוקסין או ליתרונן Levothyroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות: מומלץ לא לבצע פעילות גופנית לפני הבדיקה. פעילות גופנית מוגברת לפני הבדיקה עלולה לגרום

לרמות מוגברות.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון* 3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 04/09/2024 עד תאריך 03/12/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אגא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

פרטי רופא

מס ביקור


000300917043

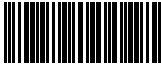
שם רופא: ד"ר זולף ריקי

מומחיות: מומחית ברפואת עיניים

טלפון: 03-6414007

פרטי מטופל

ת"ז


0316468867

שם מטופל: גרוספלד עופר

ת"ז: 316468867

מין: ז

גיל: 29 שנים ו- 6 חודשים

טלפון: 0523722840 , 049830296

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 14/01/2025 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
eye drops hyaluronate sod. 1 mg/ml * HYLO-COMOD	לטפטף בעין 1 טיפות 4 פעמים ביום	90 ימים	1 טיפות	1 טיפות	1 טיפות	1 טיפות	14/01/2025-04/04/2025	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 70 % השתתפות לבעלי ביטוח משלים

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא 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.

תאריך: 15/05/2025

מ.ר גורם מפנה



035756

קוד הפניה: 434701992



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
22/02/2026

דר' חירם נצר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6165396

פקס: 076-8893554

כתובת: מרוה 1, קריית טבעון (קניון מול היער)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316468867

שם פרטי: עופר

שם משפחה: גרוספלד

טל.עבודה/נייד: 0523722840

049830296

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 15/07/1995



0316468867

מיקוד 3653040

תמר 7, קריית טבעון

כתובת:

דף מידע לבדיקות

☒ שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אגא פעל בהתאם להנחיות:

Transferrin.Sat.(Erythropoietin Treat).Bat - 03552
FOLIC ACID - 02746
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
AST (SGOT) - 04450
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
GLUCOSE (B) - 02947
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
Urea (B) - 04520
VITAMIN D (25 OH) - 02306

VITAMIN B12 - 02607
TSH - 04443
ALT (SGPT) - 04460
BILIRUBIN Total - 02250
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
SODIUM (Na) (B) - 04295
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
CK - 02550

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

הנחיות נוספות: • עבור בדיקת CK:
מומלץ לא לבצע פעילות גופנית לפחות יממה לפני הבדיקה

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון* 3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 15/05/2025 עד תאריך 13/08/2025. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אגא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.