

תאריך חתימת המסמך 3.5.26

- התובעים:** 1. **משה זרגרוב, ת"ז 208152017**
טלפון 052-6442273
2. **נוי זרגרוב, ת"ז 212925325**
טלפון 053-5287080
3. **נריה זרגרוב, ת"ז 238854061**
(קטין) באמצעות אפוטרופסיו הטבעיים (התובעים 1-2)
כל התובעים מרחוב חיים לנדאו 1, חולון 5867010
טלפון: 0526462273
- ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.co.il

– נ ג ד –

- הנתבעים:** 1. **משה זרגרוב, ת"ז 208152017**
2. **הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח"פ 520023185**
מרחוב דרך השלום 53, פתח תקוה
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il



כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 839 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 611-81-001 (להלן: "הרכב")
2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
3. התובע 1, יליד 22.02.2000, בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה היה הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
4. התובעת 2, ילידת 15.03.2002, בכל הזמנים הרלוונטיים לתאונה הייתה הנוסעת ו/או המשתמשת ברכב.
5. התובע 3, יליד 22.05.2023, קטין, נפגע ביום 21.8.23, עת נסע עם הוריו ברכב.



(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

6. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
7. התובעים, התקשו מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה ומחמת השגחה על בנם, התובע 3, בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקפה, נזקקו להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
8. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, נזקקו לעזרת הזולת באופן מוגבר וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
9. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקו התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזדקקו לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

10. בתאריך 21.8.23, עת נסעו התובעים ברכבם היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ.ר 21-190-32 והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "התאונה").

רצ"ב פוליסת חובה, דוח שמאי ותמונות נזק רכוש מסומנים "כנספח 1"

התובע 1:

11. לאחר התאונה הגיע התובע לביתו, כשהוא כאוב, בדאגה לאשתו, התובעת 2 ולבנם הרך, התובע 3. הוא שהה במנוחה עם נטילת משככי כאבים בתקווה כי המדובר הוא בחבלות שיחלפו לאחר מנוחה ונטילת תכשירים לשיכוך כאב במסגרת ביתית.

12. אולם, בצר לו, משלא חלפו הכאבים וההגבלה, אלא, החמירו עד כדי השפעה על התפקוד פנה התובע לקבלת טיפול רפואי בקהילה, בבדיקה אורתופדית נמצאה רגישות והגבלה בטווחי תנועות הגב התחתון, התובע הונחה ליטול כדורים נרקוטיים, זלדיאר וארקוקסיה, כמו כן הומלץ לו על ביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

13. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים בצוואר ובגב תחתון, עם הקרנת הכאבים לגפיים, הופנה לטיפול וביצוע בדיקות, בין היתר, במרפאת כאב. והוא הונחה לביצוע תרגילים וסדרת טיפול פיזיותרפיה לשיכוך כאב ולהקניית טווחי תנועה, כמו הומלץ לתובע על נטילת טיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב.

14. חרף סדרת טיפולי פיזיותרפיה שביצע, נותר ללא שיפור ניכר בטווחי תנועות הצוואר והגב.

15. בעקבות החמרה בכאבים והקרנת הכאב לגפיים עליונות, נבדק התובע ע"י אורתופד מומחה, שהפנה אותו לסדרת בדיקות הדמיה שכוונו לעמ"ש צווארי, עמ"ש מותני ומרפק ימין, הוא הונחה להמשיך מעקב רפואי, המשך טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה

16. בדיקת ההדמיה שבוצעו לתובע הדגימו בלטי דיסק בעמוד השדרה הצווארי והמותני. התובע המשיך בטיפול במרפאת כאב, שם הונחה לנטילת משככי כאבים שונים, כולל טיפול בהזרקות והופנה לטיפול פיזיותרפיה והמשך מנוחה.



17. בשים לב לכאבים ולהגבלה בתנועות עמוד שדרה צווארי ומותני הופנה התובע להמשך מעקב, ואף הופנה לרפואה משלימה, (דיקור, שיאצו, טוינה)

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

18. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לאגן ולגפיים, מקושי בכריעה וכיפוף, קושי באחיזה ונשיאה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

19. התובע, ספר ומעצב שיער, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה ממושכת, כיפוף וכריעה, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות במהלך עבודתו, התפתחותו העסקית נפגעה, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים לו הפסדי השתכרות בעתיד.

20. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

21. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע להוצאות רפואיות ופארא-רפואיות, לרבות ייעוץ אצל מומחים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה.

22. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

23. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|---|
| 165,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 35,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 16,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 12,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

התובעת 2:

24. לאחר התאונה סבלה התובעת מכאבים בגב, בצלעות ובגפיים, היא פנתה לביתה עם בעלה ובנם העולל לצורך מנוחה בתקווה כי הכאבים יחלפו.

25. למחרת היום, משלא חלפו הכאבים, אלא החמירו, פנתה התובעת לטיפול במוקד חירום בקהילה, שם אובחנו חבלות בצלעות, בזרוע ובברך ימין, כולל שפשופים והמטומות, היא נשלחה לבדיקות דימות, לאחרים נשלחה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בשים לב להיותה מניקה.

26. התובעת המשיכה לסבול מכאבים בחזה, כולל הקרנת הכאבים לגפיים עליונות בצורה של זרמים, והגבלה בטווחי תנועות הצוואר וזרוע ימין, היא פנתה בשנית לרופא בקהילה, שם הופנתה לטיפול פיזיותרפיה תוך הנחייה להמשך נטילת משככי כאבים ומנוחה

27. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה להקניית טווחי תנועה בגב ובזרוע ימין, לביצוע פעולות יום יומיות ותפקודים ידניים, לרבות טיפול בבנם התינוק ללא כאבים והגבלה, ובעקבות התמדתה בטיפולים ובתרגול ביתי, התובעת חל שיפור קל בכאב, אולם נותרה היא עם הגבלה בטווחי תנועות הצוואר והזרוע.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".



28. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והזרוע, מהקרנת הכאבים לגפיים, מחולשה כללית, מקושי בהטיה וצידוד, קושי בכריעה וכיפוף, קושי באחיזה ונשיאה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

29. התובעת צעירה בתחילת דרכה המקצועית, קונדיטורית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בעבודה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי השתכרות לעתיד.

30. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לכך גם בעתיד.

31. בעטיה של התאונה נזקקה התובעת להוצאות רפואיות ופארא-רפואיות, לרבות ייעוץ אצל מומחים וביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

32. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ותזדקק לכך גם בעתיד.

33. להלן פירוט נזקי התובעת 2 :

ב. נזק מיוחד :

₪ 85,000	(5) הפסדי השתכרות בעבר –
₪ 33,000	(6) עזרת הזולת בעבר –
₪ 15,000	(7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –
₪ 8,000	(8) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -

התובע 3:

34. לאחר התאונה לא נזקק התובע 3 לאשפוז ולאחר התייעצות הומלץ להם על מנוחה והנחייה להורים להשגחה מיוחדת ומעקב על בנם הפעוט.

35. בחלוף מספר ימים, בשים לב לאי שקט ותאבון ירוד פנתה התובעת 2 למוקד לצורך ייעוץ וטיפול בטיפול בתובע והזנתו בנסיבות.

נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 – 3 פיצוי הולם בגין נזקיהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותם בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של התובעים 1-2, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 - 3.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

36. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

37. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה לפצות את התובעים כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: פוליסת חובה (1) (עמודים 10 עד 17)	10
נספח 2: תעודות רפואיות - התובע 1 (עמודים 19 עד 73)	19
נספח 3: תעודות רפואיות - התובעת 2 (עמודים 75 עד 92)	75
נספח 4: תעודות רפואיות התובע 3 (עמודים 94 עד 96)	94
נספח 5: טופס 1 - אורתופדי וכאב-משה (עמודים 98 עד 98)	98
נספח 6: טופס 1 - אורתופדי - נוי (עמודים 100 עד 100)	100
נספח 7: יפוי כח ווסר התובע 1 (עמודים 102 עד 103)	102
נספח 8: יפוי כח ווסר תובעת 2 (עמודים 105 עד 106)	105
נספח 9: יפוי כח ווסר התובע 3 (עמודים 108 עד 109)	108



נספח 1 :

פוליסת חובה (1)

(עמודים 10 עד 17)



חלק א' - פוליסה לביטוח רכב חובה

(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל - 1970)

6. מטרת השימוש המותרות

(א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לאחת או יותר ממטרות אלה:

- (1) מטרת תברות. פרטית או מטרת עסקית של המבטח שאין נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטרה עסקית של מבחן נהגה מטעם רשות הרישוי ("סטט") ומטרה עסקית של הוראת נהגה, שאינה השתלמות מעשית בנהגיה לפי תקנה 213 לחקנות התעבורה, ובלבד שמטרת אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
- (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
- (4) מטרה עסקית של חילוץ או נריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לענין זה, "חוזר שכירות" - למעט חוזה לסינון-תפעול או חוזה מקה-אגב-שכירות (לסינון מימני).
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהתורה לפי סעיף 112(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מרוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", "לקטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, לרשיון כלי תחבורה - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק האמור.

7. בן האדם הראשון לנהוג ברכב

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברשיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבולו לפי פוליסה זו.

22 (נ) בעל פוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשכחה בהודעה למבטח; תקופת ההשכחה תסתיים במועד המצוין בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשכחה לא יהיה למפרע.

חלק ב' - פוליסה לביטוח סחר - רכב חובה

(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל - 1970)

5. מטרת השימוש המותרות

חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לשם סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינוך, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים.

6. בן האדם הראשון לנהוג ברכב

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין ונהוג הנקוב רשאים לנהוג ברכב, בכפוף להוראות סעיף 7(א)2 להלן.

7. הרחבות והגבלות

(א) אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:

- (1) שימוש ברכב למטרות פרטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או נהוג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינוך לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינן מטרה עסקית מאלה:

(א) הוראת נהיגה;

(ב) הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת;

(ג) חילוץ או נריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.

(2) נהיגה ברכב בידי מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או נהוג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר לפחות אחד מהם נמצא ברכב;

(3) שימוש ברכב מנועי הרשום במשרד הרישוי על שם בעל הפוליסה או נהוג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.

(ב) הגבלה לאופנועים:

חבות המבטח לפי פוליסה זו תוגבל לשימוש באופנועים בלבד, רק אם הגבילה כאמור צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וזנה טרם כריית חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה, או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, במסגרת בסעיף 9 לפוליסה.



הנתיב
המהיר

מסיימים בשבילך טיפול
בתביעה עד 10 ימים.

*פרסום זה הינו תמציתי בלבד
וזכאות המבטח עליו בהתאם
לתנאי הפוליסה וסייגיה.

חיג למרכז תביעות הפניקס

***5070**
24 שעות ביממה

מס' זיהוי של בעל הפוליסה

208152017 (x.n./s.n./t.n.)

מס' פוליסה 03 23-096-541-8071833

שם הסוכן הפניקס SMART

מס' הסוכן 64096

שם בעל הפוליסה זרגרוב משה

כתובת בעל הפוליסה 58283 חולון 14 אוסישקין

מס' רישוי 61181001

מס' שילדה 6H7AZ1104894

סוג הרכב M1

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

מס' רישוי 61181001

תעודת ביטוח חובה

המחלוקה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח חובה



מס' רישוי	מס' שילדה	סוג הרכב	יצרן/דגם	סמ"ק/טון	עלייה לכביש	נוסעים	שנת ייצור/מועד מס'
61181001	6H7AZ1104894	M1	מאזדה 3 החדשה	1998	2020	1+4	

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 27/04/2023 מועד פקיעת הביטוח: 31/12/2023

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו
מפורסמים באתר www.fnx.co.il



אני (י) מאשר (ים) כי הפוליסה שתעודה זו
שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 נבתיים 53454

סה"כ 208.00
דמי ביטוח

יום הוצאה: 9:06 1/05/2023

נספח למבוטח

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

- א. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 22
- ב. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת.
- ג. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2017
- ד. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00
- ה. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00
- ו. ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW) - כן
- ז. ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - כן



לפי הנחיות הפיקוח על הביטוח (בחוזר 9-1-2008), נתוני הנהג, נתוני הרכב ונתוני תביעות נזקי גוף בעבר מאומתים מול מאגר המידע לאיתור הונאות ביטוח. במידה וקיימת סתירה בין נתוני המאגר לבין הנתונים שהוצהרו על ידך, הינך זכאי להגיש ערעור למאגר באופן ישיר או באמצעות סוכן/חברת הביטוח. לקבלת טופס ערעור פנה לסוכן הביטוח או לחברה.

תאריך: 31/08/2023

2. חברת כרטיסי האשראי.

הרשאה לחיוב חשבון תשלומי פרמיות ביטוח 'אוטו חובה' באמצעות כרטיס אשראי

א. פוליסה מספר: 23-096-541-807183-3

טלפון: 077-888888

סוכן: 64096 הפניקס SMART

סניף: אינטרנט

מספר רכב: 61181001

ב. פרטי המבוטח (בעל הפוליסה).

שם המבוטח: זרגרוב משה

כתובת: אוסישקין 14 חולון

טלפון: 00-0000000 58283

ג. פרטי בעל הכרטיס.

שם בעל הכרטיס: זרגרוב משה

טלפון: 00-0000000

ד. פרטי הכרטיס.

סוג הכרטיס: ישראכרט

מספר הכרטיס: 6558

תאריך תום תוקף הכרטיס: 04/2027

ה. פרטי התשלום.

מספר תשלומים: 1

ו. סכום.

פרמיה ביטוח חובה: 208.00 קוד אישור חובה: 0334490

ז. התחייבות והצהרת המבוטח.

1. אני החתום מטה נותן לכם בזאת הוראה לחייב אותי באמצעות כרטיס אשראי שפרטיו לעיל בכל הנוגע לתשלום דמי ביטוח הקשורים לפוליסה הרשומה לעיל לפי הפירוט בסעיף ו' לעיל.

2. ביטול ההתקשרות על פי הסכם זה ניתנת לביצוע רק באמצעות משלוח הודעה בכתב בדואר רשום ל

ולראיה באתי על החתום

תאריך _____ חתימת המבוטח (בעל הפוליסה) _____ חתימת בעל הכרטיס _____

ח. התחייבות הסוכן.

1. אני החתום מטה מאשר כי בתאריך _____ חתמו המבוטח ובעל הכרטיס בפני על גבי הרשאה זו.

2. הנני מתחייב בזאת, כי כל שימוש במספר כרטיס האשראי שמופיע על גבי טופס זה, ייעשה אך ורק בגין אותה פוליסה המצויה לעיל, שהלקוח הרשה לחייב את חשבונו בגינה במפורש, ולא ייעשה כל שימוש במספר כרטיס אשראי זה על ידי או על ידי מי מעובדי.

3. הנני מתחייב לשמור בסודיות מוחלטת את מספר כרטיס האשראי או כל מידע אחר שנמסר לי על ידי הלקוח בקשר לכרטיס האשראי.

4. כל חיוב כספי, שיחול על מנפיק כרטיס האשראי ו/או מכוחו של חיוב כלשהוא, שיבוצע שלא על פי הוראתו המפורשת של הלקוח, או בשל נזק כספי כלשהוא שיגרם לבעל כרטיס האשראי כתוצאה מחיובו שלא על פי הוראתו, או מכל חיוב שבוצע באמצעותי שלא כדין יחול עלי בלבד. אם תחוייב לשלם סכום כלשהוא בגין פעולה כלשהיא שתבוצע כאמור לעיל, אשיב על ידי סכום זה לאלתר ל מיד לאחר שאקבל מכם הודעה על דבר חיובה כאמור לעיל.

ולראיה באתי על החתום

תאריך קבלת הפרטים _____ שם הסוכן/הסוכנות _____ חתימה וחזותמת _____

הוקש ע"י (שם מלא) _____ תאריך _____ חתימה _____

הפניקס השקעות, ביטוח ופינוסים

פניות למוקד שירות בצי"מ

ומידט אישי

www.frx-12

לברורים עם נציג

digital@frx.co.il

03-7332222 | *3455

משרד ראשי

רח' דרך השלום 53

נבדלים 5345433

מרכז קשרי לקוחות

וקבלת קהל

רח' איצ'ר 53

ראשון

אושר להעברה

לכבוד : ישיר IDI בע"מ-ביטוח ישיר
אפעל 35 קרית אריה, פתח תקוה מיקוד :

תאריך: 28/08/2023
בהסדר מוסכים

אומדן נזק צד ג' : 515-000018262-00

פרטי צד ג'

פרטי צד ג'

שם: משה זרחוב מספר טלפון: 052-6462273
כתובת: עיר: מיקוד:
תאריך בדיקה: 28/08/2023 ב-: במסך מוסך: שגריר מערכות חולון
שם: שמאי בודק: חנן זאנגי 0577441044

פרטי הנהג ברכב צד ג'

שם הנהג: משה זרחוב גיל:
מספר ת.ז. 208152017 מספר טלפון: 052-6462273

פרטי ביטוח צד ג'

מבטח: חוות דעת פרטית
מספר פוליסה:
שם סוכן:
מספר טלפון סוכן:
קוד משרד התחבורה:

פרטי רכב צד ג'

מספר רישוי: 61181001
יצרן ודגם: מאזדה, 3, 19-23
שנת יצור: 2020 מד אוץ: 51529
קוד איגוד: 588428
מספר שלדה: 104894
מקורות רכב:
תאריך רישוי:

אפיוני רכב צד ג'

2019
מראות צד עם עמעום
פנסי תאורת יום DRL
ידית הילוכים עור
מראה פנימית + עמעום
בקרת סטייה מנתיב
בקרת שיטת אדפטיבית
בקרת לחץ אוויר בצמיגים
בקרת אקלים
מראות צד עם זיכרון
תאורת פניה אדפטיבית
קישוטים לפגוש קד'
חיישן גשם
1998 סמ"ק
7x18 סגסוגת אפור
4X2
מראות צד עם קיפול
פנסי לד אחוריים
כניסה ללא מפתח
מצלמת חורס
אוטומטית 6-הילוכים
מערכת I-STOP
חלון גג נפתח

פרטי המבוטח בחברתנו

פרטי רכב - המבוטח	פרטים ביטוחיים - המבוטח
מספר רישוי: 2119032 יצרן: מיצובישי דגם: אטראז' 13-21 Instyle שנת יצור: 2014 מספר איגוד: 590074 מיצובישי אטראז' מקורות רכב: פרטי עד 4 טון בבעלות פרטית סוג רכב: פרטי	שם מבוטח: פרידה כהן מבטח: ישיר IDI בע"מ-ביטוח ישיר תאריך אישור: 23/08/2023 במוסך ביקורים במוסך: 2 סין: מספר תביעה: 1865001 סוג תיק: חברה סוג נזק: נזקים תאונתיים

פרטי הארוע

כמצוין בטופס פרטי האירוע.

פרוט נזקי רכב צד ג'

נזק בחזית



עבודות

תיאור עבודה

א עבודות פחחות - ישור פח חזית
א עבודות חשמל
סה"כ עבודות ועבודות נילוות

עלות עבודה

1,600.00 ₪

150.00 ₪

1,750.00 ₪

צבע

א עבודות צבע

סה"כ עבודות צבע

2,500.00 ₪

2,500.00 ₪

חלקי חילוף

תיאור החלק

פגוש קדמי

ספק חליפי- מ. פינס

פנימי לפגוש קדמי

ספק חליפי- מ. פינס

מק"ט/

מנחה סוג החלק

0281 תואם

מק"ט ספק-

0340 תואם

מק"ט ספק-

מחיר החלק

1,705.00 ₪

VB4512981

998.80 ₪

VB45128680

הנחה

0.00 ₪

0.00 ₪

סה"כ מחיר

1,705.00 ₪

998.80 ₪

סוג חזית	0410 BCKB50711	1,470.65 ₪	0.00 ₪	1,470.65 ₪
מכסה מנוע	0471 משומש	1,600.00 ₪	0.00 ₪	1,600.00 ₪
מחיר חלקי חילוף				
10,024.44 ₪				
סה"כ נזק למוקד נזק בחזית				
הנחה כללית למוקד בשיעור של 20%				
סה"כ נזק לאחר הנחה				
8,019.55 ₪				
מע"מ (17% [שבעה עשר])				
סה"כ כולל מע"מ				
9,382.87 ₪				

סיכום חוות הדעת

פירוט ההפרשים בין חוות הדעת לסכום התביעה

סכום התביעה/חשבונית (ללא מע"מ)	[סכום התביעה/חשבונית כולל מע"מ] 0.00 ₪	[
סכום הערכת הנזק (ללא מע"מ)	8,019.55 ₪	[סכום הערכת הנזק כולל מע"מ] 9,382.87 ₪
הפרש בין התביעה לחוות הדעת	-8,019.55 ₪	

פירוט שווי רכב בפועל

נושא	+	-	סכום	הערות
ערך רכב מחירון			109,440.00 ₪	

סיכום מחירי חלקים לפי סוג החלק

סוג החלק	כמות	סך עלות	סך הנחה	סך אחרי הנחה
מקור	1	1470.65	0.00	1470.65
תואם	2	2703.80	0.00	2703.80
משומש	1	1600.00	0.00	1600.00

ברכב הנ"ל קיימות ההגנות הבאות:
משבת מנוע
קודנית

בהתאם לתחשיב הנ"ל אחוז הנזק הגולמי מסתכם בשיעור של 10.72% כולל מע"מ

ערך רכב על פי מחירון מקובל עומד על 109,440.00 ₪

אני החת"מ : חנן זאנגי, בוגר הטכניון

עוסק בשמאות רכב, מתאריך 01/01/1996, תעודת שמאי מספר 663

בוגר מכללת עמל א' בפתח תקוה במגמת טכנאי רכב, בוגר קורס שמאות המדור ללימודי חוץ של הטכניון.

נותן על פי בקשת/כם חוות דעתי במקום עדות בשבועה בבית משפט. הנני מצהיר כי ידוע לי היטב על פי

הוראות החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בבית משפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי,

דין עדות בשבועה בבית משפט.

חנן זאנגי -רז שמאים בע"מ
ronen@zangi.org.il
דבורה הנביאה 5 חולון 5816302
טלפון - 03-5016020 פקס - 03-5018088 סלולאר - 053-7441044

שמאי מאשר

חנן זאנגי
רשיון מספר 663





רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



זרגרוב

1. ZARGAROV

משה

2. MOSHE

3. 22.02.2000

4. ט"ז באדר א' ה'תש"ס

4b.22.02.2024

5. 1501124

8. אוסישקין 14 חולון

4a.19.08.2019

4d.ID 208152017

2017

חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה
מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

2017

9. A2 B

נספח 2 :

תעודות רפואיות - התובע 1

(עמודים 19 עד 73)



רישום ביקור אורטופד

30/08/2023 16:22:11

גיל: 23.6

מספר ביקור: 00250260856=

שם רופא/ה: ד"ר שלומוב בנציון

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

תלונות: סובל מכאבי גב תחתון מאתמול בלילה.
 ללא סיפור של חבלה או תנועה חדה.
 לפני 10 ימים היה מעורב ת.ד. במנגון חזיתי.
 בבדיקה- הליכה טובה
 רגישות באיזור L4-5 מצד ימין
 טווח מוגבל עקב כאב
 ללא קיפוח עצבי בגפים התחתונות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BACKACHE

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום , (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 tab X 3 -2 op	ZALDIAR 325/37.5MG

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2822600

רישום ביקור אורטופד

11/09/2023 12:33:40

גיל: 23.6

מספר ביקור: 00251343951=

שם רופא/ה: ד"ר פרוסו איליה

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	12:36:31 11/09/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: כאבים בצוואר וגב תחתון, החמרה בשבוע האחרון. בבדיקה רגישות פראורטבראלית ללא פחת NV פריפרי מומלץ פיזיותרפיה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BACK PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
09/03/2024 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 tab X 1 -1 op	BREXIN 20MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2473100

12/10/2023 15:44:56 **ירשום ביקור עיניים**

00254078645 מספר ביקור: גיל: 23.7 שם רופא/ה: דר' נאסר קורנליוס

תחום הטיפול: עיניים רשתית

תלונות: יומיים נפיחות מעל העפעפיים בשתי העיניים אתמול ב11/10/23 היה במיון שמיר טופל בהזרקה לשריר באבחנה של תגובה אלרגית - ל ADVIL ? . מרגיש שיפור ניכר
AUTOREF RE -1.75 -0.50X12 LE -1.25 -0.25X50
מטופל כעת ב- TELFAST

גורם משלם: 30 ביקור ר"ד

חדות ראייה

חדות ראייה

PH	רגיל	בדיקה כללית - ימין
	0.6	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

PH	רגיל	בדיקה כללית - שמאל
0.6	0.2	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

(לחץ תוך עיני (מ"מ כספית

לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

שמאל 18
ימין 17

ביקור עיניים

ממצאים: נפיחות קלה בצקתית סביב העיניים

תאריך: 03/04/2024

מ.ר גורם מפנה



029384

קוד הפניה: 372473075



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
15/10/2024

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי גב תחתון
אבחנה:

• LOW BACK PAIN

תרופות קבועות:

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

03/04/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה- 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: 03/04/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
15/10/2024

ד"ר חנוכיב דיאנה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

קוד הפניה: 372473507

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

מרפאת כאב

מרפאה:

כאבי גב תחתון

תלונות:

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

** 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 - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

03/04/2024

חתימה וחתימת

תאריך



מ.ר גורם מפנה



029384



קוד הפניה: 372473075

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					



0208152017

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי גב תחתון

• LOW BACK PAIN

אבחנה:

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

03/04/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשיך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה- 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.



משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 20/05/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2301656

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך: 20/05/2024



US רקמות רכות בקרקפת אחורית

במקום ממצא נמוש מימין הודגם מבנה היפואקואי ידוע בגודל כ- 0.3×1.1 ס"מ, רושם שמדובר בקשר לימפה תגובתי (יתכן מספר קשרי לימפה צמודים).

באזור הקרקפת משמאל הודגמו מספר מבנים היפואקואיים בגודל מרבי כ- 0.2×0.9 ס"מ, רושם שמדובר בקשרי לימפה תגובתיים.

מאחורי אוזן שמאלית הודגם קשר לימפה בגודל כ- 0.3×0.8 ס"מ בעל מבנה סונוגרפי תגובתי.

...

טכנאית מבצעת: אוקסמן ילנה

בברכה

ד"רלונדון

מ.ר. 22926

מ.ר.מ 11954

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הבדיקה בוצע בסניף: משוב לוד

הקלידה: לא

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא
כדין עובר עבירה





פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
תלידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

תמצית הביקור מתאריך 16/07/2024 בשעה 10:22

תאריך הביקור: 16/07/2024

המלצות למטופל: חיזוק שרירי גב ובטן בתרגילים או שחיה בסגנון חתיר 5-7 פעמים בשבוע. התחלת ליריקה 75 מג בערב לאחר שבועיים פעמיים ביום יזהר בנהיגה ולא ליפול באם סחרחרות אם הליריקה 75 פוגע בתיפקוד. יתחיל עם כדורים של 25 מג ויעלה בטיטריציה בדרגה ברישום רופא המשפחה

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך**תרופות שנרשמו בביקור:**

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
LYRICA 75MG X 56	לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 30 ימים	* CAP. LYRICA 75MG X 56 < 1 OP+4 > [65301] CAP. PREGABALIN DEXC 75MG X 56 < 1 OP+4 > [58330] CAP. PREGABALIN TARO 75MG X 56 < 1 OP+4 > [59197]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		

002822789431



משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 21/07/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2347583

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך: 21/07/2024

US רקמות רכות של צוואר אחורי וראש מימין

בוצעה השוואה מבדיקה קודמת מתאריך 20/05/2024

באספקט אוקזיפיטלי מימין הודגמו קשרי לימפה שטחיים בודדים בגודל מרבי כ- 0.2*1.1 ס"מ (בדומה לבדיקה הקודמת), בעלי צורה סונוגרפית תקינה.

פרט לכך- אין עדות סונוגרפית ללימפאדנופתיה או גושים באזור שנסרק.

...

ב ב ר כ ה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד)

הקלידה: זע

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה





מכון דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252

גורם רפואי מפנה:

שם: חן טנגיס

מ.ר: 31040

תאריך הבדיקה: 24/10/2024

תאריך הפיענוח: 24/10/2024

שם הנבדק: זרגרוב משה

ת.ז. הנבדק: 208152017

כתובת הנבדק: משה לוי 7/77 רמלה 7227919

טלפון הנבדק: 052-6462273 טלפון נייד: 052-6462273

תשובת בדיקת דימות: 24771841

בטן ריקה 1 צלום + צלום נוסף - בטן סקירה

סיבת ההפניה:

כאבים

ממצאים:

אין עדות לאוויר חופשי תת סרעפתי.

פיזור תקין של גז ותוכן במעיים, ללא עדות רנטגנית לחסימה.

אין לראות צללים חשודים לאבנים בכליות או בדרכי השתן.

בברכה

ד"ר דימה זיו

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



תאריך: 24/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

דר' טנגיס חן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0313846172



031040

קוד הפניה: 401954297



טלפון: 03-5025250

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	ת.ל.עבודה/נייד: 0526462273
תלידה: 22/02/2000	טלפון: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
צילום בטן סקירה	

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

קוד	הבדיקה הדרושה
4000	צילום בטן סקירה

שאלה למבצע הבדיקה: חסימת מעיים ?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: כאבי בטן מזה כמה ימים
לא בחילות ללא הקאות
יציאה האחרונה היתה לפני 3 ימים

ממצאים: מצב כללי טוב
בטן רכה ללא סימני פריטונאלי

אבחנה: • ABDOMINAL PAIN

מעש/ת: לא

תוקף הפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/10/2024 עד תאריך - 22/04/2025

24/10/2024

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.



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

גורם רפואי מפנה:

שם: ד"ר רוזנבלום עומר

מ.ר: 131526

תאריך הבדיקה: 06/11/2024

תאריך הפיענוח: 06/11/2024

שם הנבדק: זרגרוב משה

ת.ז. הנבדק: 208152017

כתובת הנבדק: משה לוי 7/77 רמלה 7227919

טלפון הנבדק: 052-6462273 טלפון נייד: 052-6462273

תשובת בדיקת דימות: 24807456

צילום חזה PA + LAT

סיבת ההפניה:

תסנין

בוצעה השוואה לצילומים קודמים מתאריך: 10/03/2023

ממצאים:

אין עדות לתסנין.

אין עדות לתפליט פלורלי.

אין עדות להרחבת המדיאסטינום והשערים.

צל הלב בגדר הנורמה.

הסרעפת בעמדה תקינה.

בברכה

ד"ר אולג סקריפאי

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 34793

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב רמלה

טלפון סניף: 089245626, פקס: 089248553, email: ramle@mashovltd.co.il

תאריך: 02/12/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2491125

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 26462273-05

...



להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 02/12/2024:

סיבת ההפניה: כאבים. חבלה לפני כשנה.

צילום ע"ש גבי

*יש לציים הדגמה אינה אופטימאלית של אזור הכאבים בחלק עליון של ע"ש.

פרט לכך - מרווחים בין חולייתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

לסיכום: כמתואר. מומלץ לשקול המשך בירור ע"י CT ע"ש.

...

בברכה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר. 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקליד/ה: בוצ'קוב איגור

טכנאי מבצע: גלעד קינן

הבדיקה בוצע בסניף: משוב רמלה

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא
כדין עובר עבירה





0039172564



131526



קוד הפניה: 408135034

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:					
שם משפחה:		זרגרוב		שם פרטי: משה	
ת.ז.:		208152017			
ת.לידה:		22/02/2000		מין: ז	
טלפון:		0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת:		משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919	

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2070	עמוד שדרה גבי 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון.
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
ריגשות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

לא

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/12/2024 עד תאריך - 31/05/2025

02/12/2024

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.

תאריך: 02/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0039172564



131526

קוד הפניה: 408135233



טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: משה	שם משפחה: זרגרוב
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	מין: ז
טלפון: 0526462273	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה
מיקוד: 7227919	0208152017

E.M.G

תלונות:

לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון .
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
רגישות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 30MG X 30 1X1X30

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: ידיים

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

02/12/2024

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 - 02/12/2024 עד תאריך - 31/05/2025

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב רמלה

טלפון סניף: 089245626, פקס: 089248553, email: ramle@mashovltd.co.il

תאריך: 02/12/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2491125

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 26462273-05

...



להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 02/12/2024:

סיבת ההפניה: כאבים. חבלה לפני כשנה.

צילום ע"ש גבי

*יש לציים הדגמה אינה אופטימאלית של אזור הכאבים בחלק עליון של ע"ש.

פרט לכך - מרווחים בין חולייתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

לסיכום: כמתואר. מומלץ לשקול המשך בירור ע"י CT ע"ש.

...

בברכה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר. 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקליד/ה: בוצ'קוב איגור

טכנאי מבצע: גלעד קינן

הבדיקה בוצע בסניף: משוב רמלה

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא
כדין עובר עבירה



מכון CT

הנדון: זרגרוב, משה דור, ת.ז: 208152017 תאריך לידה: 22/02/2000

ד"ר נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 21/01/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש הצווארי
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

- C1-C2** - הדנס בעמדה מרכזית. קשתות אחוריות, מסות לטרליות בגדר הנורמה.
- C2-C3** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C3-C4** - בקע דיסקלי קל. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C4-C5** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C5-C6** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C6-C7** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C7-D1** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.

הלורדוזיס הצווארי הפיזיולוגי שמור.
גופי החוליות שומרים על גובהם.
לא הודגם ממצא החשוד לשבר.

הרקמות הרכות של הצוואר ללא ממצא פתולוגי גס.
פסגות הריאות ללא ממצא חריג.

בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 116373

הוקלד על ידי: שירלי ליזרחביץ
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, **על ידי הרופא המפנה בלבד**.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



מכון CT

הנדון: זרגרוב, משה דור, ת.ז: 208152017 תאריך לידה: 22/02/2000

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 21/01/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש גבי ומותני
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

גופי חוליות שומרים על גובהם.
המרווחים הבין חולייתיים הודגמו תקינים.
עקמת גבית מותנית קלה קמורה לימין.
לא ניצפו בלטים דיסקלים בע"ש הגבי.

L4-L5, L5-S1 - בלטים דיסקלים גורמים ללחץ קל על קדמת השק התקאלי ולהיצרות קלה של התעלה הספינלית בגובה L5-S1.

הדגמה תקינה של המפרקים הסקרו-אילאקליים.
הלורדוזיס המותני הפיזיולוגי שמור.
לא ניצפו שברים.

יתר הסריקה ללא ממצאים חריגים.



בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 116373

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסוּטָא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי <צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון





0039172564



131526



קוד הפניה: 417851039

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
1020	חזה 2 צילומים

שאלה למבצע הבדיקה: תסנין

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: מאתמול שיעול נזלת חום 39 כאבי שרירים אין קוצר נשימה או החמרה באסטמה

ממצאים: נינוח

ריאות - כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, צפצופים בעיקר ימין, ללא קריפיטציות, ללא חרחורים

POCUS ריאה

תנועות הפליאורה תקינות, הודגמו קווי A, מימין איזור 2 בשדה אחד 3-4 קווי B וקונסולדיציה תת פליאורלית, לא הודגמו תפליטים, SPINE SIGN שלילי, CURTAIN חיובי

• PNEUMONIA UNS

אבחנה:

• ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/01/2025 עד תאריך - 27/07/2025

28/01/2025

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.

תאריך: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614



ד"ר גוייצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: משה	שם משפחה: זרגרוב
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	מין: ז
טלפון: 0526462273	משה לוי 7/77, רמלה
מיקוד: 7227919	כתובת: 0208152017

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

תלונות:

ממצאים:

דיון ואבחנה מבדלת:

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשנת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** 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 - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך



023614



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 422132040

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
ללא שינוי

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

ממצאים: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
רגישות דיפוזית, הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: תרגול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

23/02/2025

חתימה וחותמת

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: 23/02/2025

ד"ר גויצקי מיכאל

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד



023614



קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.:	208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		



0208152017

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה - במכבי

תלונות:

ממצאים:

דיון ואבחנה מبدלת:

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשלת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** 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 - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך

ד"ר גויצקי מיכאל
23614
אורתופד שירותי בריאות
כירורג כף היד מ.ר.מ. 18876
25596



023614



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 422132040

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
ללא שינוי

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

ממצאים: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
רגישות דיפוזית, הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

מעשנת : לא

סיבת ההפניה: תרגול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

23/02/2025

חתימה וחותמת

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: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614



ד"ר גוייצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: משה	שם משפחה: זרגרוב
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	מין: ז
טלפון: 0526462273	משה לוי 7/77, רמלה
מיקוד 7227919	כתובת: 0208152017

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

תלונות:

ממצאים:

דיון ואבחנה מבדלת:

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשנת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** 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 - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך



131526



התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 426381028

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לדה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון.
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעיקר בעבודה פיזית לא בלילה.

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46
ביקור טלפוני
צילום ע.ש ללא ממצא, משלים EMG מרפק-US בדיקת אורטופד.
מרגיש צוואר תפוס

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55
רואה שנבדק עי אורטפד אבל לא הוזכרה ניירופתיה אולנרית
EMG ניורופתיה ואלנרית קלה מימין בגובה המרסק
לא ראה שהשלים סונר מרפק ששלחנן
נשלח שוב לסונר מרפק + בדיקת אורטופד

ממצאים: בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
ריגשות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפליית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55

דיון ואבחנה מبدלת:

בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
כאבי גב וצוואר מאז תאונת דרכים רגישות ממוקדת על חליה בע.ש גבי לצילום, חשד לניורופתיה אולנרית
ישלים EMG, US מרפק, הערכת אורטופד

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55

אבחנות:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY

תאריך: 21/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



131526



קוד הפניה: 426381028

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919	0208152017	

התייעצות מומחה

מעשנ/ת: לא

בעיות ידועות:

• ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: נירופתיה אולנרית

** 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 - 21/03/2025 עד תאריך - 17/09/2025

21/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך





0039172564



131526



קוד הפניה: 426380990

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לדה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6884	מרפק ימין

שאלה למבצע הבדיקה: לחץ עם עצה אולנרי

תלונות:

חידוש טופס מתאריך 02/12/2024, הופק ע"י ד"ר רוזנבלום עומר, מומחה ברפואת המשפחה לפני כשנה תאונת דרכים מאז כאבי צוואר וגב תחתון. עשה פיזיו ללא שיפור ניכר. נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין ריגשות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי ספרלינג שלילי

אבחנות:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

21/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/03/2025 עד תאריך - 17/09/2025

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.

תאריך: 30/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שלומוב בנציון

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



129964



קוד הפניה: 427595055

טלפון: 03-5593941

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	תל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0208152017	

רפואה משלימה

תלונות: כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

• CERVICALGIA

אבחנה:

• ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
		טיפול במסגרת הרפואה המשלימה

הנחיות הרופא: דיקור, שיאצו, טווינה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

30/03/2025

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 - 30/03/2025 עד תאריך - 26/09/2025



129964



קוד הפניה: 427594234

טלפון: 03-5593941

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל).

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208152017

שם פרטי: משה

שם משפחה: זרגרוב

טל.עבודה/נייד: 0526462273

0526462273

טלפון:

מין: ז

22/02/2000

תלידה:



מיקוד 7227919

משה לוי 7/77, רמלה

כתובת:

0208152017

אחות

אבחנה:

• CERVICALGIA

הערות	משך טיפול	סה"כ	תדירות	פעמים ביום	צורת מתן	פעולה	מינון	טיפול
		1	חד פעמי	1	זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	75 mg	DICLOFENAC

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

10:14 30/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-30/09/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53



מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 30/03/2025 14:16

מספר קבלה: 2511268501

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

תאריך שחרור

30/03/2025

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
ALLERGIC REACTION	9953			✓			

תלונה עיקרית בבדיקה

תגובה אלרגית

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

נרשם ע"י: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 15:11

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריור, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפחות משמעותיות בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

כעת רושם לאנגיואדמה בלבד
יקבל סטראידים + אנטיהיסטמינים, ישאר בהשגחה

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	מספר נשימות	סטורציה	כאב
14:33 30/03/2025			22		0
14:29 30/03/2025	72			96	
14:29 30/03/2025		105/67			

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
1000 cc(ml) Drug Dosage: 1000 cc(ml)	SOL	30/03/2025 15:07	Total Volume:1000 cc(ml), Once Rate from nurse:0	RINGER'S LACTATE INF (HARTMANN'S SOLUTION SOL 1000 cc(ml)	IntraVenous
Drug Dosage: 25 mg	AMP	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	Phenergan AMP 25 mg	IntraMuscular
Drug Dosage: 125 mg	INJ	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	SOLU - medrol INJ 125 mg	IntraVenous
Drug	TAB	30/03/2025 15:07	Once	LORATADINE TAB 10 mg	Oral

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונת אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

		Rate from nurse:0		Dosage: 10 mg
--	--	-------------------	--	------------------

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 18:51

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפוחות בעפעפיים, ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפוחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריור, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפוחות משמעותית בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

אחרי השגחה במיון 4 שעות מטופל מרגיש טוב. עדיין קיימת נפוחות בעיניים, אך הוסבר שנפוחות נשאר עוד כמה ימים. משתחרר לביתו עם המלצות הבאות:

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	PREDNISONE (PREDNISONE)
✓				7 ימים	1 X 2 ביום	180 mg	Oral	TELFAST (FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל
-להמנע מNSAIDS
-המשך טיפול בסטרוידים ואנטיהיסטמינים לפי המרשם
-במקרה של חמורה יש לפנות לרופא

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רופא אחראי

רופא: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687
רופא: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649



מסמכים נלווים

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687

המכתב הודפס על ידי דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 30/03/2025 14:16

מספר קבלה: 2511268501

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

תאריך שחרור

30/03/2025

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
ALLERGIC REACTION	9953			✓			

תלונה עיקרית בבדיקה

תגובה אלרגית

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

נרשם ע"י: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 15:11

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפוחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפוחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריר, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפוחות משמעותיות בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

כעת רושם לאנגיואדמה בלבד
יקבל סטראידים + אנטיהיסטמינים, ישאר בהשגחה

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	מספר נשימות	סטורציה	כאב
14:33 30/03/2025			22		0
14:29 30/03/2025	72			96	
14:29 30/03/2025		105/67			

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	מינון
1000 cc(ml) Drug Dosage: 1000 cc(ml)	SOL	30/03/2025 15:07	Total Volume:1000 cc(ml), Once Rate from nurse:0	RINGER'S LACTATE INF (HARTMANN'S SOLUTION SOL 1000 cc(ml)	IntraVenous
Drug Dosage: 25 mg	AMP	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	Phenergan AMP 25 mg	IntraMuscular
Drug Dosage: 125 mg	INJ	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	SOLU - medrol INJ 125 mg	IntraVenous
Drug	TAB	30/03/2025 15:07	Once	LORATADINE TAB 10 mg	Oral

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונת אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

		Rate from nurse:0		Dosage: 10 mg
--	--	-------------------	--	------------------

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' סוליס אלינה מ.ר. 152687, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 18:51

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים, ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריור, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפיחות משמעותיות בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

אחרי השגחה במיון 4 שעות מטופל מרגיש טוב. עדיין קיימת נפיחות בעיניים, אך הוסבר שנפיחות נשאר עוד כמה ימים. משתחרר לביתו עם המלצות הבאות:

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	PREDNISONE (PREDNISONE)
✓				7 ימים	1 X 2 ביום	180 mg	Oral	TELFAS (FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל
-להמנע מNSAIDS
-המשך טיפול בסטרוידים ואנטיהיסטמינים לפי המרשם
-במקרה של החמרה יש לפנות לרופא

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רופא אחראי

רופא: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687
רופא: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649



מסמכים נלווים

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687

המכתב הודפס על ידי דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



129964



קוד הפניה: 427594234

טלפון: 03-5593941

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל).

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208152017

שם פרטי: משה

שם משפחה: זרגרוב

טל.עבודה/נייד: 0526462273

0526462273

טלפון:

מין: ז

22/02/2000

תלידה:



מיקוד 7227919

משה לוי 7/77, רמלה

כתובת:

0208152017

אחות

אבחנה:

• CERVICALGIA

הערות	משך טיפול	סה"כ	תדירות	פעמים ביום	צורת מתן	פעולה	מינון	טיפול
		1	חד פעמי	1	זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	75 mg	DICLOFENAC

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

10:14 30/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-30/09/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53



תאריך: 30/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שלומוב בנציון

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 427595055

טלפון: 03-5593941

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0208152017	

רפואה משלימה

תלונות: כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

• CERVICALGIA

אבחנה:

• ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

הנחיות הרופא: דיקור, שיאצו, טווינה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

30/03/2025

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 - 30/03/2025 עד תאריך - 26/09/2025

מ.ר גורם מפנה



029384



קוד הפניה: 372473507

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

מרפאה: מרפאת כאב

תלונות: כאבי גב תחתון

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

**** 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 - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

03/04/2024

חתימה וחתימת

תאריך





התמחויות:

מומחה כיורוגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

פרטי הנבדק:		שם פרטי: משה		שם משפחה: זרגרוב		ת.ז.: 208152017	
ת.לדה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר גויצקי מיכאל

בבדיקה שנעשתה ב: 26/05/2025

עקב: בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54 כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים ללא קיפוח עצבי פרפרי CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים המלצות- נוגדי דלקת משככי כאבים חימום מקומי מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26 לאחר ת.דרכים חזיתית בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת ללא קיפוח מוטרוי CT - תקין

ממצאים: בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

דיון ואבחנה מבדלת:

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

אבחנות:

• CERVICALGIA

סיכום והמלצות: בדיקה גופנית - תקינה

CT - אמל

להמשך מעק SOS

26/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 29/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



131526



קוד הפניה: 436844698

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתנה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

GLUCOSE (B) - 02947
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
ALBUMIN (B) - 02040

TSH - 04443
ESR * - 05651
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
ALT (SGPT) - 04460
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

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

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 29/05/2025 עד תאריך 27/08/2025. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

חדש!! שירות לקיחת 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: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 437110224

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	תל.עבודה/נייד: 0526462273
תל.פון: 0526462273	מיקוד: 7227919
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מסמך אושר דינטלית מכבי
0208152017	

מראת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54
כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26
לאחר ת.דרכים
חזיתית
בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת
ללא קיפוח מוטרי
CT - תקין

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17
כאבים אחרי תאונה, צוואר, גב, כתפיים.
נבדק עם ממומחה עמ"ש לאחרונה .

ממצאים:

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17

אבחנות:

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

בעיות פעילות:

- ASTHMA (11/2024)

מעשנת: לא

רגישויות לתרופות:

נפיחות בעפעפיים ונזלת - DICLOFENAC - 07/04/2025
נפיחות בעפעפיים ונזלת - ASPIRIN/NSAIDS - 07/04/2025

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



קוד הפניה: 437110224

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

01/06/2025

חתימה וחותמת

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/06/2025 עד תאריך - 28/11/2025



תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 437110179

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טלפון: 0526462273
ת.ל.עבודה/נייד: 0526462273	מיקוד: 7227919
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	0208152017

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54
כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26
לאחר ת.דרכים
חזיתית
בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת
ללא קיפוח מוטרי
CT - תקין

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17
כאבים אחרי תאונה, צוואר, גב, כתפיים.
נבדק עם מומחה עמ"ש לאחרונה .

ממצאים: בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17

אבחנות:

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: נפיחות בעפעפיים ונזלת - 07/04/2025 - DICLOFENAC
נפיחות בעפעפיים ונזלת - 07/04/2025 - ASPIRIN/NSAIDS

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת : לא

סיבת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



קוד הפניה: 437110179

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	תל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
תלפון: 0526462273	מיקוד: 7227919
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	0208152017

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/06/2025 עד תאריך - 28/11/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

01/06/2025

חתימה וחותמת

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.



משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 31/07/2025

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2632632

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 05-26462273



...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 31/07/2025:

א.ס מרפק צד ימין

הדגמה תקינה של גידים דו ראשי ותלת ראשי.

הדגמה סונוגרפית תקינה של הגידים אפיקונדלריים מדיאלים.

גיד ה E.C.R הדגמה תקינה.

לא הודגם נוזל יתר במפרקי המרפק.

העצב האולנרי היפואקוגני ברוחב 0.1 ס"מ.

...

בברכה

ד"ר לונדון

מ.ר. 22926

מ.ר.מ 11954

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקלידה: כהן אורלי

רנטגנאי מבצע: חביר נפתל

הבדיקה בוצע בסניף: משוב לוד

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא כדין
עובר עבירה





0308367143



164454



קוד הפניה: 447037704

טלפון: 08-9424100

פקס: 073-2132673

כתובת: משה לוי 29, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	ת.ז.: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	מ.י.נ: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0212925325	

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: אברים? אחר?

תלונות: כאבים במותן שמאל מזה שבוע. בא והולך - כעט ללא כאבים (הבוקר קצת כאב)
שוללת תלונות GU ללא בחילות ללא הקאות

ממצאים: מצב כללי טוב, משביע רצון, ללא סימני מצוקה נשימתית חריפה ללא טכפניה או דספניה. ללא סימני התייבשות בבדיקה
עור על פני הבטן והגב תקין. בטן רכה, רגישות במותן שמאל, נקודתי, ללא סימני גירוי צפקי. נקישות מותניי חיובי קל משמאל

אבחנות:
• ABDOMINAL PAIN
RENAL COLIC ?

בעיות ידועות:
• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
• ANEMIA (10/2021)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

06/08/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/08/2025 עד תאריך - 02/02/2026

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.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

נספח 3 :

תעודות רפואיות - התובעת 2

(עמודים 75 עד 92)



תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
מרכז ייעוץ וטיפול יום
14/10/2024

ד"ר מוזס אדם דניאל

טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: נוי		ת.ז.: 212925325	
ת.לידה: 15/03/2002		מ.י.נ: נ		טלפון: 0535287080		טל.עבודה/נייד: 0535287080	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכתב שחרור

22/08/2023

תאריך:

שעת קבלה: 13:00

שעת שחרור: 13:12

סיבת הפניה:

יום טרם פנייתו ת/ד בקינמטיקה נמוכה. כנוסעת רכב פרטי. מנגנון פגיעה קדמי, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו. מלינה על כאב בצלעות בברך וזרוע ימין בבדיקה:

נושאת משקל
תבנית הליכה תקינה
שפשוף שטחי ע"פ חלקו מדיאלי של הזרוע
טווחים מלאים של הרפק בכל המישורים
המטומה סופרא פטלרית ע"פ הברך
ללא נפיחות או תפליט
מבצעת SLR מלא
יציבות שמורה

המלצות:
מדשכי כאבים
בדיקת רופא מבוגרים במוקד ע"ר חבלת חזה - ע"פ בקשת המטופלת
מנוחה ממאמצים
קומפרסים קרים על אזורים כאובים

אבחנות פעילות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

הפניות:

אחות: טיפול פצע/חבישה

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

ד"ר מוזס אדם דניאל

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב. את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה. מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

תשובת בדיקת דימות: 23572215

צילום חזה PA + LAT

סיבת ההפניה:

ת.ד.

ממצאים:

ציור ריאתי תקין. אין עדות לתסנין.

אין עדות לתפליט פלורלי.

אין עדות להרחבת המדיאסטינום והשערים.

צל הלב בגדר הנורמה.

הסרעפת בעמדה תקינה.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי.

צלעות יותר מ- 1 צלום

סיבת ההפניה:

ת.ד.

ממצאים:

צ. צלעות מימין

=====

אין לראות שבר בצלעות.



בברכה

דר רודולף רפפורט

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 32826

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



0317424000



033838

קוד הפניה: 339169160



מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

14/10/2024

ד"ר רישבר סופיה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025259

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: בן	ת.ז.: 212925325
ת.לדה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
1020	חזה 2 צילומים
1110	צילום צלעות ב - 2 תנוחות

שאלה למבצע הבדיקה: ממצאים?

דחיפות הפענוח: דחוף

תלונות: בת 21, מניקה.
אתמול הייתה מאורבת בתאונת דרכים.

ממצאים: מצב כללי טוב
קולות הלב סדירים. ראות - נשימה בועית.
רגישות מעל צלעות תחתונות מימין.

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT - COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/08/2023 עד תאריך - 18/02/2024

22/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

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 רופא

מס ביקור


000249485227

פקס: 03-5025259

שם רופא:

ד"ר רישבר סופיה

מומחיות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון:

03-5025252

פרטי מטופל

ת"ז


0212925325

מין: נ

שם מטופל:

זרגרוב מי

ת"ז:

212925325

גיל:

21 שנים ו-5 חודשים

טלפון:

0535287080, 0535287080

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 22/08/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
oral drops dipyrone 500 mg/ml * OPTALGIN NEW, DIPYRAZ, V-DALGIN 10ML	לבליעה 40 טיפות 3 פעמים ביום לפי הצורך	5 ימים					22/08/2023-12/09/2023	ממות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %

* 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: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
מרכז ייעוץ וטיפול יום
14/10/2024

ד"ר רישבר סופיה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252
פקס: 03-5025259
כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי	ת.ז.: 212925325
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מכתב שחרור

22/08/2023

תאריך:

שעת קבלה: 13:15

שעת שחרור: 14:34

סיבת הפניה:

בת 21, מניקה.
אתמול הייתה מאורבת בתאונת דרכים.
תלונות על צלעות תחתונות מימין, ברך מזרוע מימין.
נבדקה ע"י טראומטולוג. לאחר חבלת צלעות הופנתה לבדיקת רופא פנימאי במוקד.

אבחנות פעילות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
- ANEMIA (10/2021)

ממצאים:

מצב כללי טוב
קולות הלב סדירים. ראות - נשימה בועית.
רגישות מעל צלעות תחתונות מימין.
בצילום - ללא עדות לשבר בצלעות.



טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
22/08/2023	13:25	לחץ דם	96/64
22/08/2023	13:25	דופק	60
22/08/2023	13:26	אומדן נשימה	סטורציה: 98 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
22/08/2023	13:25	אומדן כאב	עוצמה: 7	
22/08/2023	13:25	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		

הפניות:

מכון רנטגן: חזה 2 צילומים, צילום צלעות ב - 2 תנחות

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT

תאריך: 22/08/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מרכז ייעוץ וטיפול יום

העתיק טופס
14/10/2024

ד"ר רישבר סופיה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025259

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	טל.עבודה/נייד: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	טלפון: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

מכתב שחרור

טיפולים והמלצות:

המשך מעקב של רופא המטפל.
טיפול נגד כאבים לפי הצורך.
במידה ומצב יחמיר; נא לפנות לקבלת עזרה רפואית במסגרת מוקד מכבי/מיון ביה"ח.

תרופות שניתנו:

{ (למשך 5 ימים) 3 X 40 - OPTALGIN NEW 500MG/ML }

ד"ר רישבר סופיה

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה



04/09/2023 12:01:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 21.5 מספר ביקור: 00250654983

שם רופא/ה: ד"ר רוזנבלום עומר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 15:26:34 לאחר ת.ד ב 22.08 נבדקה במוקד עי אורטופד ועי פנימאית חבלה בצלעות בצילום ללא שבר כאבי צוואר גב, מרפק. מניקה. ללא כאב ראש / הקאות/ טשטוש ראייה.

בביקור בתאריך 04/09/2023 בשעה 12:01:45 כאב צווארי לא הצליחה לקבוע לפיזיו. גב תחתון. ללא כאב ראש. הודפסו דפי תרגילים לצוואר.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 04/09/2023 בשעה 12:01:45

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2116200

פרטי רופא

מס ביקור



000249893983

שם רופא: ד"ר רוזנבלום עומר

מומחיות: מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

פרטי מטופל

ת"ז



0212925325

שם מטופל: זרגורב מי

ת"ז: 212925325

גיל: 21 שנים ו-5 חודשים

טלפון: 0535287080, 0535287080

מין: נ

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/08/2023 (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 3 פעמים ביום לפי הצורך * עם או אחרי אוכל	4 ימים					27/08/2023-17/09/2023	- כמות ליפוק: 50 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
tab. paracetamol 500 mg * DEXAMOL, ACAMOL, ACAMOL_CAPLETS	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום לפי הצורך	3 ימים					27/08/2023-17/09/2023	- כמות ליפוק: 20 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %



* 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: 27/08/2023

מ.ר גורם מפנה



131526

קוד הפניה: 339777925



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
14/10/2024

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי	ת.ז.: 212925325
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ	טלפון: 0535287080	טל.עבודה/נייד: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

התייעצות מומחה

- במכבי

פיזיותרפיה

תחום שירות:

לאחר ת.ד ב 22.08 נבדקה במוקד עי אורטופד ועי פנימאית
חבלה בצלעות בצילום ללא שבר
כאבי צוואר גב, מרפק.
מניקה.
ללא כאב ראש / הקאות/ טשטוש ראייה.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
• ANEMIA (10/2021)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: צליפ תהשוט

** 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 - 27/08/2023 עד תאריך - 23/02/2024

27/08/2023

חתימה וחותמת

תאריך



פרטי רופא

מס ביקור


000251513435

פקס: 073-2132676

שם רופא:

ד"ר פרץ אייל

מומחיות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון:

08-9387100

פרטי מטופל

ת"ז


0212925325

מין: נ

שם מטופל:

זרגרוב מי

ת"ד:

212925325

גיל:

21 שנים ו-6 חודשים

טלפון:

0535287080 , 0535287080

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 12/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
sol. bifonazole 10 mg * AGISPOR	למריחה 2 פעמים ביום לפי הצורך	30 ימים					12/09/2023-03/10/2023	- כמות לניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %
crm. clotrimazole 10 mg/g betamethasone (dipropionate) 0.5 mg/g gentamicin (sulphate) 1 mg/g * TRIDERM CR	למריחה 2 פעמים ביום בתי שחי	5 ימים	.1		.1		12/09/2023-03/10/2023	- 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.

העתק טופס
14/10/2024

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: זרגרוב מי

ת"ז: 212925325

גיל: 21 שנים ו- 7 חודשים

טלפון: 0535287080, 0535287080

ת"ז



0212925325

מין: נ

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר רוזנבלום עומר

מומחיות: מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 08-6325158

מס ביקור



000253770264

פקס: 073-2132603

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/10/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
* CALMANERVIN	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום לפי הצורך	21 ימים					09/10/2023-23/10/2023	- כמות לניפוק: 60 יחידות לא בפנקס התרופות של מכבי. על חשבון החבר בלבד

* 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.



טלפון: 08-9274111
פקס: 073-2284405

כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	
ת.לדה: 15/03/2002	מין: נ
תלפון: 0535287080	טלפון: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0212925325	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר רוזנבלום עומר
מרת/ זרגרוב נוי
תאריך הפקדה: 08/01/2024
ת.ז.: 212925325
הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY Acute •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תרים את בנה מהרצפה ללא כאב			20/11/2023
המטופלת תעשה פעילות גופנית מאומצת 14/20 ללא הגבלה			20/11/2023

טופל החל מ- 20/11/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	54	68
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	0
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-	THERAPEUTIC EXERCISE	בטיפולים שכללו:
Modalities-	MODALITY HEAT PACK	
Administrative and Others-	EVALUATION INITIAL	
Specific Education Techniques-	EDU SELF EXERCISE EDUCATION TECHNIQUES	

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט
יכולת חזרה לפעילות: כן
השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן
מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
הערות: התמדה בתרגול עצמי-מרובה
ניתן הסבר על המשך תרגול לאחר סיום טיפול, הורדה תרגול בהדרגה
ושמירה על מינימום תרגול של פעם בשבוע.

טלפון: 08-9274111
פקס: 073-2284405
כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	ת.ז.: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0535287080	טלפון: 0535287080
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0212925325	

המשך השתתפות בפעילות גופנית סדירה.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: שפיץ פיזיותרפיה שפיץ פיזיותרפיה

שם המכון: לוד מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה



082570

העתק טופס
14/10/2024

מכבי שירותי בריאות

פרטי רופא

מס ביקור


000266456416

פקס: 073-2132673

שם רופא:

ד"ר קרבץ אנדרי

מומחיות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון:

08-9275858

פרטי מטופל

ת"ז


0212925325

מין: נ

שם מטופל:

זרגורב מי

ת"ד:

212925325

גיל:

21 שנים ו- 11 חודשים

טלפון:

0535287080, 0535287080

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/02/2024 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
ear drops dexamethasone 1 mg/ml neomycin sulph 5 mg/ml polymyxin sulph. 10000 iu/ml * DESO CARE, DESOREN, DEX-OTIC	לטפטף באוזן 2 טיפות 3 פעמים ביום בשתי אוזניים	5 ימים	2 טיפות	2 טיפות	2 טיפות		09/02/2024-01/03/2024	כמות ליניפוק: OP 1 ** השתתפות עצמית: 10 %

* 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.



הפנית רופא מכבי

גורם מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר

אבחנות רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY	Ac		

ציון תפקודי FHS: 54 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023 ציון תפקודי מנובא: 69

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 4 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 47 תאריך עדכון הציון: 20/11/2023

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	20/11/2023	WHIPLASH INJURY
לא	20/11/2023	LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5 מס' טיפולים שבוצעו: 14

20/11/2023 12:18:02

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 5 תחילת הטיפול: 20/11/2023 תאריך עדכון: 08/01/2024

שם פיזיותרפיסט: שפיץ פיאר אוראל מיטל שם מכון: לוד מכון פיזיותרפיה

סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

הפנית רופא מכבי

גורם מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר

הפניה

סוג ייעוץ: רגיל תאריך הפניה: 08/01/2024

שם רופא מפנה: ד"ר רוזנבלום עומר

מטרת ההפניה: תשובה יזומה

תשובת היועץ

תאריך רישום: 08/01/2024 תאריך ההפניה: 08/01/2024

שם יועץ: שפיץ פיזיולוג אוראל מיטל תחום: פיזיותרפיה תאריך ייעוץ: 08/01/2024

הופנה לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY Acute
 בוצעה סדרה באורך 5 ביקורים מתאריך 20/11/2023 עד תאריך 08/01/2024.
 במהלכה טופל באמצעות: תרגול רפואי, מכשור חשמלי, הדרכה.
 הסדרה הסתיימה ביוזמת פיזיותרפיסט.

מטרות הטיפול שהוגדרו: המטופלת תרים את בנה מהרצפה ללא כאב, המטופלת תעשה פעילות גופנית מאומצת 14/20 ללא הגבלה הושגו במלואן.
 מידת הגעה לטיפול במידה מרובה ושיתוף פעולה בטיפול במידה מרובה
 הערות: ניתן הסבר על המשך תרגול לאחר סיום טיפול, הורדה תרגול בהדרגה ושמירה על מינימום תרגול של פעם בשבוע.
 המשך השתתפות בפעילות גופנית סדירה..

קבלת תשובה

קריאת תשובה בתאריך: 08/02/2024

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 1
משך הבעיה:

הודפס בתאריך: 14/10/2024 17:32
הודפס ע"י: הדפסת_תיקים_אונליין

הדפסת תיק מטופל
זרגרוב נוי, ת.ז.: 212925325; גיל: 22.6

בעיה תת חריפה -בין 3 שבועות ל- 3 חודשים
הסטוריה:

נוי בת 21 ילדה לפני כחצי שנה , בחופשת לידה.
ישבה ברכב מאחורה והרכב התנגש מקדימה ומצד שמאל.
הנהג 'בעלה' והילד איתה מאחור. לא נפתחו כריות אוויר, והרכב עבר תיקון קל.
לא פנו לביהח, נבדקו עי מדא.
שטף דם ביד ימין בזרוע הפנימית, כאב בצלע ימין וטופלה תרופתית.
הדמיה- אין שברים בצלעות.
כיום כאב בצוואר התחתון מצד ימין, גב תחתון כואב, וכאב בנשימה עמוקה בצלע ובגב.
תפקוד- כאבים בהרמה של הילד, כאבים בהכופפות, כאבים פנימיים באזור הצלע ובגו.
לא טיפלה בכאבים עצמאית.

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: משולב
פירוט: מטפלת בילד
פעילות גופנית: לא
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	

הערות: סחרחורת- לאור אנמיה, בטיפול

רישום ביקור אורטופד

22/08/2023 13:03:13

שם רופא/ה: ד"ר מוזס אדם דניאל

תחום הטיפול: טראומטולוגיה מרכז טיפול יום

גיל: 21.5

מספר ביקור: 0249482106

תלונות: יום טרם פנייתה ת/ד בקינמטיקה נמוכה כנוסעת רכב פרטי. מנגנון פגיעה קדמי, היתה חגורה, כריות אויר לא נפתחו. מלינה על כאב בצלעות בברך וזרוע ימין בבדיקה:

נושאת משקל
תבנית הליכה תקינה
שפשוף שטחי ע"פ חלקו מדיאלי של הזרוע
טווחים מלאים של הרפק בכל המישורים
המטומה סופרא פטלרית ע"פ הברך
ללא נפיחות או תפליט
מבצעת SLR מלא
יציבות שמורה

המלצות:
מדשכי כאבים
בדיקת רופא מבוגרים במוקד ע"ר חבלת חזה - ע"פ בקשת המטופלת
מנוחה ממאמצים
קומפרסים קרים על אזורים כאובים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

הערות	בדיקות/הפניות
18/02/2024 - בתוקף עד	אחות: טיפול פצע/חבישה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
מכתב שחרור	C00033		

מוזמן למעקב:

☒ אין צורך במעקב לביקור זה

מכתב שחרור ק

נספח 4 :

תעודות רפואיות התובע 3

(עמודים 94 עד 96)



סיבת הפניה: טריאז'

נוי

053-5287080

לפני כ 18 שעות עברה תאונת דרכים, טרם נבדקה.

כשעתיים לאחר מכן החל כאב בצלעות מימין מתחת לשד. כאב חד מחמיר בתנועה.

סיכום ביקור

סיכום ביקור: פרוטוקולים בשימוש: חבלה בחזה, 77, כאבים בחזה במבוגרים, 151

מהות הטיפול: הפניה למרכז טיפול יום

גורם מטפל:

טופל ע"י:

מחוז:

מרכז רפואי (סניף):

ציווד נדרש

הומלץ ע"י:

דחיפות:

שם גורם מקצועי מייעץ:

דפי מידע:

דגשים לרופא:

הדרכת טיפול למבוטח:

מעוניין בשיחת וידאו: לא

22/08/2023 13:25:04

רישום ביקור אחות

מספר ביקור: 44

שם אח/ות: עוויסאת עבדולפתאח

תחום הטיפול: אח/ות מרכז טיפול יום

אתר: חולון מוקד יום

רופא מטפל/מפנה: דר' רוזנבלום עומר

סוג הפנייה: מרכז טיפול יום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 22/08/2023 שעת ביצוע: 13:25

גיל: 21.5

יוזם הפניה: רופא מכבי

סיבת הפניה: לאחר תד מאתמול
חבלות שונות / חבלה בצלעות
נבדקה ע"י אורטופד

מטופל נשאל על רגישויות ☉ כן

אומדן כאב

עוצמת כאב: 7 סולם מדידה: VAS

טריאז

מבצע	פירוט	התערבות	כן	לא	נושא
					מחוסן לטטנוס
					סיכון לנפילות
					נטילת אנלגטיקה/ אנטיפירטיקה בבית
					חשד לאלומות
עוויסאת עבדולפתא ח			X		בוצעה הדרכה על תהליך קבלה ושהות במוקד

לחץ דם ודופק

תאריך	שעה	ל"ד dias	ל"ד sys	צד	תנוחה	דופק	סדירות	מבצע
22/08/2023	13:25	64	96			60		עוויסאת עבדולפתאח

אומדן נשימה

נשימה

תאריך	שעה	מס' נשימות בדקה	סטורציה	קולות נשימה	שימוש בשרירי עזר	מאפיינים	צבע עור	מבצע
22/08/2023	13:26		98					עוויסאת עבדולפתאח

אומדן כאב

כאב

תאריך	שעה	עצמה	סוג	איבר וצד	אופי	מקור	סימפטומים נלווים	השפעה על אורח חיים	מבצע
22/08/2023	13:25	7							עוויסאת עבדולפתאח

הוראות רופא

הוראות רופא- טיפולים

תאריך	שעה	סוג טיפול	הנחיות/הערות	עודכן ע"י
22/08/2023	13:12	טיפול פצע/חבישה	חיטוי שפושף חבישה אלסטית ברך - משככי כאבים	ד"ר מוזס אדם דניאל

סיכום ביקור

דרגת דחיפות: 4-רגיל

התערבות	הערות	פרוט הדרכות	תוצאה	מבצע	שעה
אומדן כאב			עוצמה: 7	עוויסאת עבדולפתאח	13:25
הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד				עוויסאת עבדולפתאח	13:25
מדידת לחץ דם			96/64	עוויסאת עבדולפתאח	13:25
בדיקת דופק			60	עוויסאת עבדולפתאח	13:25
בדיקת רזוי חמצן-סטורציה			סטורציה: 98	עוויסאת עבדולפתאח	13:26

27/08/2023 10:55:13

רישום ביקור אחות

מספר ביקור: 45

שם אח/ות: מוקד אחיות

סטטוס: עדכון

תחום הטיפול: אחות מוקד מכבי ללא הפסקה

סוג הפנייה: שיחה טלפונית

תאריך ביצוע: 27/08/2023 שעת ביצוע: 10:48

סיבת הפניה: טריאז'

נוי

053-5287080

לאחר תאונת דרכים, מזה שבוע, מתלוננת על כאבים בחזה ותחושת זרמים מאז התאונה.

כאב בחזה כרגע 7

סיכום ביקור:

פרוטוקולים בשימוש: חבלה בחזה, 77, כאבים בחזה במבוגרים, 151, סימנים ניורולוגיים וחולשה, 191, מהות הטיפול: תור דחוף - תואם תור גורם מטפל: טופל ע"י: מחוז: מרכז רפואי (סניף): ציוד נדרש: הומלץ ע"י: דחיפות: לא דחוף שם גורם מקצועי מייעץ: דפי מידע: דגשים לרופא: הדרכת טיפול למבוטח:

מעוניין בשיחת וידאו: לא

רישום ביקור אחות

31/08/2023 11:58:29

מספר ביקור: 46

סטטוס: חדש

שם אח/ות: נתנאלה אשטמקר

תחום הטיפול: אחות מוקד מכבי ללא הפסקה

סוג הפניה: שיחה טלפונית

תאריך ביצוע: 31/08/2023 שעת ביצוע: 11:44

סיבת הפניה: טריאז'

נוי

053-5287080

תינוק בן 3 חודשים, בהנקה, מיום ראשון לא רגוע, רוצה לינוק, מתחבר ומתנתק באי שקט. הפסיקה מוצרי חלב והיה שיפור ועכשיו זה שוב חזר



סיכום ביקור

סיכום ביקור:

פרוטוקולים בשימוש: בעיות בהנקה, 124, מהות הטיפול: הפניה לגורם רפואי והמשך מעקב בטיפת חלב גורם מטפל: טופל ע"י: מחוז: מרכז רפואי (סניף): ציוד נדרש: הומלץ ע"י: דחיפות: שם גורם מקצועי מייעץ: דפי מידע: דגשים לרופא: הדרכת טיפול למבוטח: להניק בזוית של 120 מעלות, להוריד את העומס הראשוני בסחיטה ידנית, להעביר אותו משד לשד כשהוא באי שקט. להתייעץ עם רופא ילדים. חשד לרפלוקס סמוי- לפנות למכבי טבעי- לשקול טיפול אותסופאטי. לפנות לרופא ילדים

מעוניין בשיחת וידאו: לא

רישום ביקור אחות

09/10/2023 00:12:09

מספר ביקור: 47

סטטוס: חדש

שם אח/ות: רוחאנא רוחאנא

תחום הטיפול: אחות מוקד מכבי ללא הפסקה

סוג הפניה: שיחה טלפונית

תאריך ביצוע: 09/10/2023 שעת ביצוע: 00:07

נספח 5 :

טופס 1 - אורתופדי וכאב- משה

(עמודים 98 עד 98)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

משה זרגרוב - נגד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, משה זרגרוב, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הכאב לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת המרכז הרפואי קפלן ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, ע"ד
ב"כ התובע



נספח 6 :

טופס 1 - אורתופדי - נוי

(עמודים 100 עד 100)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

נוי זרגרוב - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, נוי זרגרוב, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

נספח 7 :

יפוי כח ווסר התובע 1

(עמודים 102 עד 103)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

זרגורב	משה	208152017	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
חיים לנדאו	1	5867010	0526462273
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 03.05.2026 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה : (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>212925325</u>	<u>נוי</u>	<u>זרגרוב</u>	
שם האב	שם פרטי	שם משפחה	
<u>0526462273</u>	<u>5867010</u>	<u>חולון</u>	<u>1</u>
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
		<u>חיים לנדאו</u>	<u>רחוב</u>

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 : _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מכונים, מעבדות : _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין : שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 3.5.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה : _____ X

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ נוי זרגורב
ת.ז.ח.פ. מס' 212925325, מרחוב _____ חיים לנדאו 1 חולון,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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.

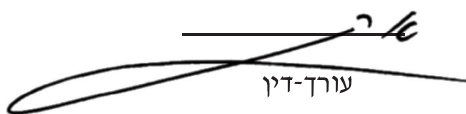
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 03 לחודש 05 שנה 2026

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

זרגורב	נריה	משה	238854061
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תעודת זהות
חיים לנדאו	1	5867010	טלפון
רחוב	מס'	מיקוד	

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: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ 212925325 _____ שם האב _____ משה זרגורב _____ ת.ז. _____ 208152017

תאריך: _____ 03.05.2026 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X _____

(במקרה של קטין - יו"מ מר"א וזאפוטרופוס)

מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ משה ונוי זרגורב
ת.ז.ח.פ. מס' 208152017 212925325, מרחוב _____ חיים לנדאו 1 חולון _____,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 03 _____ לחודש 05 _____ שנה 2026

חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין