

תאריך: 10/05/2026

## סיכום ביקור

|              |                 |                     |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|---------------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | גרינבלט אברהם אבירם | מס זהות:     | 00200328367 | גיל:  | 38.03       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 17/02/1988      | ישוב:               | באר שבע      | רחוב:       | אלישע | טלפון נוסף: | 50 - 2222982 |   |
| מס בית:      | 1 / 39          | טלפון:              | 50 - 2222982 |             |       |             |              |   |

תאריך תאונה 16/11/2025

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

### שלום רב,

תאריך הביקור: 10/05/2026

תאריך תאונה: 16/11/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: כחצי שנה תד בעבודה  
כאב בצוואר גב תחתון ו ברגל ש מאל בברך

בדיקה גופנית: צוואר - רגישות פארוורטברלית לעש צווארי דו"צ  
רגישות בטרפזיוס  
כח גסש מורב ידיים  
גב -רגשיות מעל עש מותני ופארוורטברלית

כח גס שמור ברגליים

| קוד | איפיון | אבחנה                |
|-----|--------|----------------------|
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
|     |        | cervicalgia' lbp     |

| הפניות            | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|-------------------|----------------------------|-----|-------|
| הפניה לפיזיותרפיה | 80074-טיפול פיזיותרפי פרטנ | H9  | הודפס |
| הפניה לדימות      | 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו | H3  | הודפס |

### בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

35628

ד"ר מוחמד אבו טיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא