

11:32 תאריך: 01/07/2025

הפניה למיון

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: שמחי נורית  
מס זהות: 00055885735  
גיל: 66.01 מין: נ  
ת.לידה: 03/06/1959  
מס בית: 5  
גבעת שמואל ישוב: 50-5919641  
טלפון: 50-5919641  
רחוב: מוטה גור  
טלפון נוסף: 50-5919641

מספר הפניה: 35966036206

גורם שולח



5966

מספר הפניה



035966036206

תז נבדק



55885735

מספר רשיון



159595

לכבוד: מיון - דחוף

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 70069     | 99283     | ביקור במיון | 70069       |

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7840 |        | HEADACHE             |
| 7245 |        | BACKACHE             |

תלונות: שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורות (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27  
לחץ דם 146 / 90 01/01/2025  
דופק 85 24/12/2024

23/06/2025 מתאריך 92.77 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: הפניה למיון  
מרשם

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                           |
|------------|-----------------|--------------------------------|
| 01/03/2002 |                 | VARICOSE VEINS                 |
| 01/05/2008 | mild by echo    | MITRAL INSUFFICIENCY           |
| 02/02/2015 |                 | FAMILY HISTORY OF COLON CANCER |
| 04/03/2020 | IV ACLASTA 8/22 | OSTEOPOROSIS                   |
| 23/06/2021 |                 | BREAST CYST BENIGN             |
| 12/10/2021 |                 | HYPERCHOLESTEROLEMIA           |

NO DISEASE  
hernia umbilic bilater  
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)

מידע ישן

ס.ה.ר. 1

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה למיון

01/07/2025

הודפס ע"י מוהב חטיב

00055885735

שמחי נורית

S/P HERNIOTOMY LT. (1961)

ריה רפואית- בעיות בעבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה      |
|------------|------------|--------|-----------|
| 30/01/2019 | 01/09/2001 |        | DIZZINESS |

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                            | תגובה                   | נמסר ע"י |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|
| ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG | אחר: כאבי בטן שלשולים . | רופא     |

מידע ישן

לא יודע

תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                 |
|------|-------|---------|------|----------------------------------------|
| ביום | 1     | מריחה   |      | OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G            |
| ביום | 1     | טיפות   | 2    | VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF      |

מטרת הבדיקה: צילומים + CT ראש

מוהב חטיב

159595

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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



015966060188

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

מס' זהות: 00055885735

שמחי נורית

גיל: 66.01 מין: נ

ROKACET BOX OF 20 CPL (D) CF

110025610

למשך 10 ימים סה"כ 1 OP

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 30/09/2025 - 01/07/2025

מס' רישיון



159595

טלפון: 03-5310760

שם מפיק/ה המרשם: מוהב חטיב

כתובת: מנחם בגין 38 - גבעת שמואל

תחום: רפואת משפחה

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חתימה וחותמת:

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

תאריך: 18/11/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: שמחי נורית  
מס זהות: 00055885735  
גיל: 66.06 מין: נ  
ת.ל.ידה: 03/06/1959  
ישוב: גבעת שמואל  
מס בית: 5  
טלפון: 50-5919641  
רחוב: מוטה גור  
טלפון נוסף: 50-5919641

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35966041338

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966041338



55885735



025964

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

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

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------|-------------|
| 78183     | 72100     | צילום עמוד שדרה מותני אלכסוני | 10301027    |
| 78001     | 72170     | צילום אגן ופרקי ירכיים        | 10301059    |

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025:  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025:

שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורות (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

09/07/2025

נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב כאבי גב

18/11/2025

כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד. ב-29.6.25

|                |          |                    |         |                    |           |
|----------------|----------|--------------------|---------|--------------------|-----------|
| סימנים חיוניים | גובה 160 | נמדד ב: 13/03/2024 | משקל 57 | נמדד ב: 18/04/2025 | BMI 22.27 |
| לחץ דם         | 90 / 146 | נמדד ב: 01/01/2025 |         |                    |           |
| דופק           | 85       | נמדד ב: 24/12/2024 |         |                    |           |

23/06/2025 מתאריך: 92.77 eGFR

ממצאים עיקריים

ממצאים מתאריך 09/07/2025:  
מצב כללי טוב.  
לא נבדקה  
18/11/2025

רגישות פראורטברלית מתני דו"צ. לסג שלילי. ללא חוסר נירולוגי  
רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                   |
|------|--------|-------------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS    |
| 7245 |        | BACKACHE                |
| L13  | rt     | HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS |

דיון/תוכנית טיפולית 09/07/2025

| הפניה לדימות | המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** | דף 1       |
|--------------|------------------------------------------------|------------|
| שמחי נורית   | 00055885735                                    | 18/11/2025 |

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025:

הפניה למיון

מרשם

ההפניות שהופקו ב 01/07/2025:

הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

09/07/2025:

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025:

טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור

18/11/2025:

צילום ע"ש מתני וירכיים

PT

טיפול סימפטומטי

ר.משלימה

אורטופד

#### בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                           |
|------------|-----------------|--------------------------------|
| 01/03/2002 |                 | VARICOSE VEINS                 |
| 01/05/2008 | mild by echo    | MITRAL INSUFFICIENCY           |
| 02/02/2015 |                 | FAMILY HISTORY OF COLON CANCER |
| 04/03/2020 | IV ACLASTA 8/22 | OSTEOPOROSIS                   |
| 23/06/2021 |                 | BREAST CYST BENIGN             |
| 12/10/2021 |                 | HYPERCHOLESTEROLEMIA           |

#### רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                            | תגובה                   | נמסר ע"י |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|
| ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG | אחר: כאבי בטן שלשולים . | רופא     |

#### מידע ישן

#### תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה      |
|------------|------------|--------|-----------|
| 30/01/2019 | 01/09/2001 |        | DIZZINESS |

CREATININE: 0.65 מתאריך 23/06/2025

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית ([www.clalit.co.il](http://www.clalit.co.il)).

דף 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לדימות

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00055885735

שמחי בורית

עמוד 1 מתוך 1

|            |              |           |      |                        |             |
|------------|--------------|-----------|------|------------------------|-------------|
| 24/11/2025 | ת. ביצוע:    | 5588573-5 | ת"ז: | נורית שמחי             | נבדק:       |
| 24/11/2025 | אישור פענוח: | 66 שנים   | גיל: | 03/06/1959             | תאריך לידה: |
| 24/11/2025 | ת. הדפסה:    | נקבה      | מין: | מחוז דן - פ"ת, (40000) | מוסד מפנה:  |
|            |              |           |      | מרפאת הגבעה, (41330)   | גורם מפנה:  |
|            |              |           |      | לאורה ארונסון, (25964) | רופא מפנה:  |

**בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי**

**סיבת ההפניה:**

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

**בוצע:**

צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 24/11/2025 11:19 מ.ג.: 1045001545555 מבצע: יהודית שדה;  
צילום עמוד שדרה מותני כולל מעבר L5-S1;

**ממצאים:**

אין תמט חוליות.  
עקמת קמורה שמאלה.  
שינויים נווניים ספונדילויים קלים.

**סיכום:**

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/11/2025 13:08

הודפס מאתר כללית ב-25.11.2025 בשעה 07:54 בעבור נורית שמחי. תעודת זהות: 55885735.

עמוד 1 מתוך 1

|            |              |           |      |                        |             |
|------------|--------------|-----------|------|------------------------|-------------|
| 24/11/2025 | ת. ביצוע:    | 5588573-5 | ת"ז: | נורית שמחי             | נבדק:       |
| 24/11/2025 | אישור פענוח: | 66 שנים   | גיל: | 03/06/1959             | תאריך לידה: |
| 24/11/2025 | ת. הדפסה:    | נקבה      | מין: | מחוז דן - פ"ת, (40000) | מוסד מפנה:  |
|            |              |           |      | מרפאת הגבעה, (41330)   | גורם מפנה:  |
|            |              |           |      | לאורה ארונסון, (25964) | רופא מפנה:  |

**בדיקה: צילום אגן ופרקי ירכיים**

**סיבת ההפניה:**

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

**בוצע:**

צילום אגן ופרקי ירכיים בתאריך 24/11/2025 11:15 מ.ג. 1045001545554 מבצע: יהודית שדה;  
צילום אגן ופרקי ירכיים;

**ממצאים:**

אין עדות לקו שבר.  
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

**סיכום:**

כמפורט בפענוח לעיל.

24/11/2025 13:06

מספר רשיון: 31148

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל

הודפס מאתר כללית ב-25.11.2025 בשעה 07:55 בעבור נורית שמחי. תעודת זהות: 55885735.

\* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 \*

תאריך: 18/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: שמחי נורית  
ת.לידה: 03/06/1959  
מס בית: 5  
מס זהות: 00055885735  
גיל: 66.06 מין: נ  
רחוב: מוטה גור  
טלפון נוסף: 50-5919641  
גבעת שמואל  
טלפון: 50-5919641

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35966041339

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966041339



55885735



025964

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025

שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורת (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

09/07/2025

נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב כאבי גב

18/11/2025

כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד ב-29.6.25

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27

לחץ דם 146 / 90 01/01/2025

דופק 85 24/12/2024

eGFR 92.77 מתאריך 23/06/2025

ממצאים בבדיקה ממצאים מתאריך 09/07/2025

מצב כללי טוב.

לא נבדקה

18/11/2025

רגישות פראורטברלית מתני דו"צ. לסג שלילי. ללא חוסר נירולוגי רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                   |
|------|--------|-------------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS    |
| 7245 |        | BACKACHE                |
| L13  | rt     | HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS |

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2025

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025

הפניה למיון

מרשם

ההפניות שהופקו ב 01/07/2025

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארונסון

00055885735

שמחי נורית

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025:  
טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור  
18/11/2025  
צילום ע"ש מתני וירכיים  
PT  
טיפול סימפטומטי  
ר.משלימה  
אורטופד

#### בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                           |
|------------|-----------------|--------------------------------|
| 01/03/2002 |                 | VARICOSE VEINS                 |
| 01/05/2008 | mild by echo    | MITRAL INSUFFICIENCY           |
| 02/02/2015 |                 | FAMILY HISTORY OF COLON CANCER |
| 04/03/2020 | IV ACLASTA 8/22 | OSTEOPOROSIS                   |
| 23/06/2021 |                 | BREAST CYST BENIGN             |
| 12/10/2021 |                 | HYPERCHOLESTEROLEMIA           |

#### מידע ישן:

NO DISEASE  
hernia umbilic bilater  
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)  
S/P HERNIOTOMY LT. (1961)

#### בעיות בעבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה      |
|------------|------------|--------|-----------|
| 30/01/2019 | 01/09/2001 |        | DIZZINESS |

#### רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                            | תגובה                   | נמסר ע"י |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|
| ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG | אחר: כאבי בטן שלשולים . | רופא     |

#### רגישות לתרופות - מידע ישן

#### תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                 |
|------|-------|---------|------|----------------------------------------|
| ביום | 1     | מריחה   |      | OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G            |
| ביום | 1     | טיפות   | 2    | VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF      |

#### נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

|                    |            |                    |
|--------------------|------------|--------------------|
| ד"ר ליאורה ארונסון | 25964      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא           | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית ([www.clalit.co.il](http://www.clalit.co.il)).

תאריך: 18/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

|                    |                  |                |                        |            |                   |
|--------------------|------------------|----------------|------------------------|------------|-------------------|
| פרטי המטופל:       | שם משפחה ופרטי:  | שם נורית       | מס זהות: 00055885735   | גיל: 66.06 | מין: נ            |
| ת.לידה: 03/06/1959 | ישוב: גבעת שמואל | רחוב: מוטה גור | טלפון נוסף: 50-5919641 | מס בית: 5  | טלפון: 50-5919641 |

תאריך תאונה 29/06/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35966041340

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966041340



55885735



025964

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי               | שירות רפואי |
|-----------|-----------|---------------------------|-------------|
| 87001     | K0604     | בדיקת רופא - רפואה משלימה | 87001       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/07/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2025

שלשום בצהריים בשעה שלוש היתה מעורבת בתאונת דרכים. מישוה נכנס בה מאחורה. עכשיו הגיעה אליי עם כאבים בצוואר וחולשה + כאבי גב + סחרחורת (לא יציבה) - ללא בחילות לא הקאות לא תלונות אחרות.

09/07/2025

נפגשה בחדר אחות כשבאה לבקש הפניה עבורה [ובעלה] לטיפול בדיקור עקב כאבי גב

18/11/2025

כאבי גב תחתון וירך ימין מאז ת.ד. ב29.6.25

סימנים חיוניים: גובה 160 13/03/2024 משקל 57 18/04/2025 bmi 22.27

לחץ דם 146 / 90 01/01/2025

דופק 85 24/12/2024

23/06/2025 מתאריך 92.77 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 09/07/2025

מצב כללי טוב.

לא נבדקה

18/11/2025

רגישות פראורטברלית מתני ד"צ. לסג שלילי. ללא חוסר ניורולוגי

רגישות תנועות פרק ירך ימין

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                   |
|------|--------|-------------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS    |
| 7245 |        | BACKACHE                |
| L13  | rt     | HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/07/2025

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2025  
הפניה למיון

1 ה.ה.ר.

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

18/11/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארנסון

00055885735

שם נורית

מרשם  
ההפניות שהופקו ב 01/07/2025  
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון  
09/07/2025

ההפניות שהופקו ב 09/07/2025  
טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור  
18/11/2025  
צילום ע"ש מתני וירכיים  
PT  
טיפול סימפטומטי  
ר.משלימה  
אורטופד

#### בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון          | בעיה                           |
|------------|-----------------|--------------------------------|
| 01/03/2002 |                 | VARICOSE VEINS                 |
| 01/05/2008 | mild by echo    | MITRAL INSUFFICIENCY           |
| 02/02/2015 |                 | FAMILY HISTORY OF COLON CANCER |
| 04/03/2020 | IV ACLASTA 8/22 | OSTEOPOROSIS                   |
| 23/06/2021 |                 | BREAST CYST BENIGN             |
| 12/10/2021 |                 | HYPERCHOLESTEROLEMIA           |

#### מידע ישן:

NO DISEASE  
hernia umbilic bilater  
S/P SUPERF. THROMBOPHLEBITIS (1987)  
S/P HERNIOTOMY LT. (1961)

#### בעיות בעבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה      |
|------------|------------|--------|-----------|
| 30/01/2019 | 01/09/2001 |        | DIZZINESS |

#### רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                            | תגובה                   | נמסר ע"י |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|
| ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150MG | אחר: כאבי בטן שלשולים . | רופא     |

#### רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

#### תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                 |
|------|-------|---------|------|----------------------------------------|
| ביום | 1     | מריחה   |      | OVESTIN VAGINAL CREAM 1MG/G            |
| ביום | 1     | טיפות   | 2    | VITAMIN D3 D.H DRP 1000U 15ML 1000UNIT |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF      |

#### נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 14/01/2026

סיכום ביקור

|                    |                  |                |                        |            |                   |
|--------------------|------------------|----------------|------------------------|------------|-------------------|
| פרטי המטופל:       | שם משפחה ופרטי:  | שם נורית       | מס זהות: 00055885735   | גיל: 66.07 | מין: נ            |
| ת.לידה: 03/06/1959 | ישוב: גבעת שמואל | רחוב: מוטה גור | טלפון נוסף: 50-5919641 | מס בית: 5  | טלפון: 50-5919641 |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/06/2025

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/01/2026

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בתחילת יוני ת.ד נגנן צליפת שוט כאבים בגב וצוואר. מקרין לירך ימין החלה פיזיותרפיה

בדיקה גופנית: הליכה בתבנית תקינה, ללא רגישות גרמית עמ"ש מותני וצווארי, רגישות פאראורטברלית. כוח גס שמור 5/5 בכל תחנות הביניים, תחושה שווה ושמורה דו"צ, החזרי פיקה ואכילס הופקו, SLR שלילי, עמידה על קצות אצבעות ועקבים תקינה ללא סימני UMN

| קוד  | איפיון | אבחנה           |
|------|--------|-----------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY |

תרופות

| P | M | K | N | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                       |
|---|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|-----------------------------|
| W | 1 | R | N | יחידה | 10   | 10  | D | 1 | טבליות | TAB  | 1   | ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG |

סיכום והמלצות: חימום מקומי נוגדי דלקת פיזיותרפיה

בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

139265

אלמוג לוי

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

# שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה  
מרפאה: 5175 מרפאת קניון הכיכר

תאריך: 14/01/26  
שעה : 17:01

מקור

קבלה: 00007683

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0005588573 שמחי נורית

פירוט תקבולים: רפואה מקצועית

| קוד | תאור      | תאריך ביקור | לתשלום |
|-----|-----------|-------------|--------|
| 58  | אורטופדיה | 14/01/26    | 30.00  |

סה"כ לתשלום: 30.00

סה"כ שולם במזומן 30.00

סה"כ שולם: 30.00

קופאי: 2853 - 8 נחמני נעם

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

סיכום טיפול

תאריך: 07/06/2026

פרטי המטופל

| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | נ     | ת. לידה     | משה         |
|-------------------|---------------|--------|-------|-------------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05588573-5 | 67.00  | נ     | 03/06/1959  | משה         |
| גבעת שמואל        | 5 /           | מס בית | טלפון | 50 -5919641 | שם האב      |
| מוטה גור          | רחוב          |        |       | טלפון נוסף  | 3 - 5327858 |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250517241 מספר זיהוי הפניה: 35966041342

תאריך הפניה: 18/11/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

ת. תאונה: 29/06/2025

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר ליאורה ארונסון

רשיון רופא: 25964

מרפאה: 5966

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד  | איפיון | אבחנה    |
|----|------|--------|----------|
|    | 7245 |        | BACKACHE |

אבחנה לטיפול:

| צד      | קוד  | אבחנה           |
|---------|------|-----------------|
| דו צדדי | 8470 | WHIPLASH INJURY |

תאריך תחילת טיפול: 26/11/2025

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 12   | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 10   | תרגול כללי                        |
| 10   | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 2    | הערכה מחדש- בדיקה                 |
| 8    | טיפול ברקמה רכה                   |
| 8    | מוביליזציות ותרגילים פסיביים      |

רשימת כל הטיפולים:

| טיפולים              | כמות |
|----------------------|------|
| טיפול עם מכשיר זרמים | 5    |
| תרגילי גמישות        | 3    |
| תרגילי חיזוק         | 3    |
| שיקום מרחוק          | 1    |

כאבים:

| איבר     | צד      | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|----------|---------|-----------------------|-----------------------|
| גב תחתון | דו צדדי | 4                     |                       |
| גב עליון | דו צדדי | 4                     |                       |

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: מתלוננת על כאבים בשכמות וגב תחתון מתקשה להתכופף, שכיבה על הגב.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
 12/04/2026  
 25/03/2026  
 12/03/2026  
 04/03/2026  
 24/02/2026  
 17/02/2026  
 03/02/2026  
 27/01/2026  
 20/01/2026  
 12/01/2026  
 08/01/2026  
 26/11/2025

אורה לבנטל  
 חתימה וחומת

105158  
 מספר רשיון

אורה לבנטל

שם מטפל

מכון פזיותרפיה - אורה לבנטל  
 פזיותרפיסטית  
 מ.ר. 102289  
 אורה לבנטל  
 מ.ר. 102289