



לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

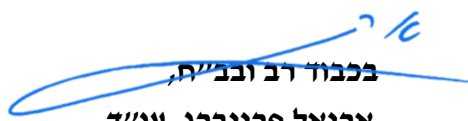
ח"נ שלום רב,

הנדון: אליהו לוי, ת"ז 022527626

תאונות אישיות עובדי עיריית תל אביב

הנני מייצג את מרשי המבוטח שבנדון והריני מתכבד לפנות ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 20.8.25 היה מרשי מעורב בתאונה במסגרתה נחתך מכיור שטיפת ידיים בפארק דרום (להלן: "**התאונה**").
2. לאחר התאונה פנה מרשי למיון ב"שיבא" תל השומר, שהוא סובל מכאבים והגבלת תנועה בשורש כף יד שמאל, בבית החולים נמצא חתך עמוק בשורש כף יד שמאל, בצד האולנרי, הוא נבדק בחשש לפגיעה בגיד FCU כמו כן נבדק תפקוד עצבי בכל היד.
3. לאחר מס' ימי מעקב רפואי, בעקבות קרע חלקי ב FCU, ב-28.8.25 בוצע לתובע ניתוח לצורך תפירה וחיבור מחדש של הגיד הפגוע, לאחר שהתאושש מהניתוח הוא שוחרר לביתו שכן ידו מגובסת, עם הנחיה לשמור על גפה מורמת, צורך בנטילת משככי כאבים ומנוחה.
4. מרשי המשיך לסבול מכאב במפרקים, עם הגבלה בכיפוף כף יד ואצבעות שמאל, הוא ביצע טיפוליה פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק לשיכוך כאב והקניית טווחי תנועה אך נותר עם כאבים והגבלה
5. כתוצאה מהתאונה מרשי נצרך למעל חודשיים ימי מחלה בבית
6. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, לפיצוי אשפוז, היעדרות ו נכות מתאונה.
7. אודה עבור טיפולכם המסור והעברת התשלום לפקודת **אריאל פרייברג, עו"ד**.
*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר.


לכבוד רב ובע"מ,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



כורגיה של היד

טלפון : 03-5302682	מנהל/ת : דר' ערמי עמיר מ.ר. 80466
פקס : 03-5305790	אח/ות אחראית : גב' מינה ברילוביץ'
דוא"ל : chirurgit.yad@sheba.gov.il	

מכתב שחרור

שם משפחה: לוי	שם פרטי: אליהו	ת"ז: 22527626
גיל: 59	מין: זכר	טלפון נייד: 0532442994
תאריך אשפוז: 27/08/2025	מספר קבלה: 2726713	מספר ימי אשפוז: 2
תאריך שחרור: 28/08/2025	קופת חולים: כללית	כתובת : לבני איתן 25 תל-אביב 6764945

יצירת קשר ב-WhatsApp במספר: 052-6667079

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 28/08/2025

אבחנות בשחרור

• Laceration - injury [wound, trauma] (879.8)

אבחנות בקבלה

• Laceration - injury [wound, trauma] (879.8)

ניתוחים באשפוז

FLEXOR TENDON, REPAIR/ ADVANCEMENT 263500
82.42 (Right) 28/08/2025

תחלואה נלווית

• SMOKER - HEAVY (305.10)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 08/02/2016))

תלונה עקרית

בן 59, ברקע-COPD, עישון, כאבי גב כרוניים
תרופות קבועות- משאפים, קנאביס, ציפרקלס
רגישות לפפברין- קוצר נשימה ופריחה

ב 20/8/25 נחתך מאריך קרמיקה בשכ"י שמאל
נבדק במיון באקספלורציה של מיטת הפצע מבנה גידי שנראה כמו FCU
אין פגיעה ב-FDP/FDS, אין תת תחושה אולנארית, נראה שיש חולשה בכיפוף והטיה אולנרית

ביקורת במרפאת כף יד 24/8/25
חתך רוחבי פרוקסימלית לשכ"י ימין בצד אולנארי

בבדיקתו בסד גבס, בהורדתו, פצע במראה תקין
ללא יכולת כיפוף אולנארית כנראה חתך FCU
ללא טינל מעל פצע

ללא CLAWING אצבעות 4-5
חולשת אדדוקציה ואבדוקציה של אצבעות ביחס לצד נגדי

שם מלא: לוי אליהו 22527626

ADDP תקין, פרומנט שלילי.
תחושה פיזור אולנארי תקינה, עור ללא יובש

הוסבר למטופל כי מומלצת אקספלורציה לתפירת גיד וסקירת עצב אולנארי וטיפול בהתאם לממצאים.

רגישות לתרופות

שם התרופה תאריך רישום תגובה
Papaverine 13/03/2009 פריחה, קוצר נשימה, נפיחות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ניתוח

14:09 14:09 28/08/2025

בתאריך 28.8.25 נותח - תפירת קרע חלקי FCU שורש כף יד צד ימין.

מהלך ודין

עבר את הניתוח המתואר מהלך תקין
טופל אנטיביוטיקה פריאופרטיבית
טרם שחרור מצב כללי טוב
מדדיו תקינים
בבדיקה סד גבס ללא סימני לחץ אצבעות ויאביליות
משוחרר תחת ההמלצות:

המלצות

המלצה:

יד בסד גבס מורמת בשינה, אין להסיר או להרטיב
הפעלה עדינה של אצבעות בתוך סד הגבס, ללא נשיאת משקלים או פעילות מאומצת
משככי כאבים לפי צורך ומרשם
ביקורת מרפאתנו ומרפאת ריפוי בעיסוק עוד 3 שבועות (טפסי 17 נפרדים) - הסרת סד ותפרים, ריפוי בעיסוק
לאחר תפירת FCU
יש לקבוע המשך ריפוי בעיסוק בקהילה מיד לאחר ביקורת מרפאתנו להמשך הפעלה לפי פרוטוקול
בכל החמרה לרבות התפשטות אודם, נפיחות הפרשה חריגה - לפנות למיין
חופשת מחלה: 4 שבועות.

הפניה לביקורת מרפאה

מרפאת כירורגית יד כף יד כללי בעוד: 3 שבועות
מרפאת ריפוי בעיסוק ריפוי ועיסוק - טיפול בעוד: 3 שבועות

תרופות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 שבועות	1 X 3 ביום	1000 mg	P.O	DIPYRONE tab (Optalgin) (Dipyrone [Metamizole])
✓				2 שבועות	1 X 3 ביום	1 tab/ cap	P.O	TRAMADOL 37.5mg + PARACETAMOL 325mg tab (Zaldiar) (Paracetamol [Acetaminophen], traMADol)

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

שם מלא: לוי אליהו 22527626

רופא: דר' בירן מתן מ.ר. 146420



Mattan
חתימה: Biran
28/08/2025
14:14:10

נחתם ע"י: דר' בירן מתן מ.ר. 146420

אם במהלך הביורור והטיפול ברך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 28/08/2025 14:14

נדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

תאריך: 25/08/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו	מס זהות:	00022527626	גיל:	59.01	מין:	ז
ת.לידה:	02/08/1966	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	לבני איתן	טלפון נוסף:	52 - 2890594	
מס בית:	25	טלפון:	53 - 2442994					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ קוד 79989 איפיון אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/08/2025 עד תאריך: 05/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 16

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

מספר רשיון 29133
טלפון 03-6306500
פקס 03-6306501
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר נטליה גרו
תחום משפחה
כתובת הבושם 30 תל אביב
מרפאה כפר שלם - תל אביב

תאריך: 08/09/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו	מס זהות:	00022527626	גיל:	59.01	מין:	ז
ת.לידה:	02/08/1966	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	לבני איתן	טלפון נוסף:	52 - 2890594	
מס בית:	25	טלפון:	53 - 2442994					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 28/08/2025 עד תאריך: 30/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 34

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



-העתק-

חסוי/אישי

תאריך: 29/09/2025

מחוז מנפק: 002 ת"א יפו

מחוז מטופל: 002 ת"א יפו

מנהלת מטופל: 02 תל-אביב

מרפאה מנפקת: 5205 מרפאת כפר-שלם

טלפון: 03-6306500

מרפאת מטופל: 5205 מרפאת כפר-שלם

טלפון: 03-6306500

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)

לטיפולים אמבולטוריים מספר: 302487416

לכבוד שיבא לקביעת תור: 03-5303030

מטופל: לוי אליהו 0002252762-6

רופא מפנה: 1 אירירה מורנו דבורה מר

רופא מטפל: 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד משה"ב	תאור הטיפול / בדיקה	כמות
70082	L9263	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	1

תאריך תוקף ההתחייבות עד: 07/03/2026

תאריך התור: 07/09/2025

חשבוך בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 856899
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית במועד מתן השירות

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך!

רוצה לקבל את השירות במקום אחר? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

טלפון לזימון תור

*2700

יישוב

ספקים בהסדר בחירה

מרפאות קהילה

כללית מאחלת לך בריאות טובה!

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

**- העתק -**

תאריך: 05/10/2025

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מחוז מטופל : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 5205 מרפאת כפר-שלם : טלפון: 03-6306500

מנהלת מטופל : 02 תל-אביב

מרפאת מטופל : 5205 מרפאת כפר-שלם : טלפון: 03-6306500

**התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)
לטיפולים אמבולטורים מספר: 302487928**

לכבוד : שיבא - 38742 ריפוי בעיסוק לקביעת תור : 03-5303030

מטופל : לוי אליהו 0002252762-6

רופא מפנה : 29133 גרו נטליה רופא מטפל : 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד מש"ב	תאור הטיפול / בדיקה	כמות
81074	97530	ריפוי בעיסוק פרטני	1

תאריך תוקף ההתחייבות עד : 21/09/2025

תאריך התור : 21/09/2025

חשבוך בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 858238

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית במועד מתן השירות.

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך !

רוצה לקבל את השירות במקום אחר ? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

טלפון לזימון תור

יישוב

ספקים בהסדר בחירה

*2700

מרפאות קהילה

כללית מאחלת לך בריאות טובה !

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות



חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 29/09/2025

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מחוז מטופל : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 5205 כפר שלם טלפון: 03-6306500

מנהלת מטופל : 02 תל-אביב

מרפאת מטופל : 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)
לטיפולים אמבולטורים מספר: 302487928

לכבוד : שיבא - 38742 ריפוי בעיסוק לקביעת תור: 03-5303030

מטופל : לוי אליהו 0002252762-6

רופא מטפל : 29133 גרו נטליה

רופא מפנה : 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד תאור הטיפול / בדיקה	קוד משה"ב	כמות
81074	ריפוי בעיסוק פרטני	97530	1

תאריך תוקף ההתחייבות עד: 21/09/2025

תאריך התור: 21/09/2025

חשבונך בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 858238

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית

במועד מתן השירות.

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך !

רוצה לקבל את השירות במקום אחר ? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות

חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

טלפון לזימון תור

יישוב

ספקים בהסדר בחירה

*2700

מרפאות קהילה

כללית מאחלת לך בריאות טובה !

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

דף: 1 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא תל השומר 5265601
מרפאת חוץ - אורטופדיה
DEPOSIT.CENTER@SHEBA.GOV.IL
טלפון: 03-5309838

תאריך פקדון: 21/09/2025
מועד פרעון: 21/10/2025

מס. זהות/זהו: 2252762-6
שם משפחה: לוי
שם פרטי: אליהו
כתובת: לבני איתן 25 תל-אביב
מיקוד: 67671

פקדון מספר: 25-03-059132 (פק.כספי)

חשבון בברור מס.: 25-03-062300
מצ"ב פרוט השרות הרפואי שניתן במרפאת אסוק - ריפוי בעיסוק במרפאת כף יד
שבגינו הפקדתי פיקדון כספי:

קוד	שם	כמות	מחיר יח.	לתשלום
97530	טיפול בריפוי בעיסוק פרטני (י7770)	1	185	185.00
	סה"כ לביקור			185.00

ס סניף - בנק מס חשבון	מס שיק / שובר	תאריך	מטבע	תשלום / סה"כ
א 607 12- 446757	0	21/09/2025		185.00
סה"כ פיקדון (בש"ח): 185.00				

פרטי המפקיד: לוי אליהו
שם: לוי
מען: לבני איתן 25 תל-אביב
תעודת זהות: 2252762-6

* ניתן להמיר פיקדון זה בטופס התחייבות מגורם מבטח תוך 30 יום ממועד הביקור, קרי עד 21/10/2025. חשוב !! שיכסה את יום הביקור.
* לנוחיותך, כדי לשחרר הפקדון, ניתן להעביר טופס זה בצרוף טופס 17 לדוא"ל המופיע בראש המסמך.
* ידוע לי כי במידה ולא אציג התחייבות עד לתאריך הנ"ל, יחוייב כ.האשראי שלי בסכום הפיקדון. הסכום שיגבה בפועל יעודכן לפי מחירי מ.הבריאות.
* בקבלת טופס התחייבות וביטול הפיקדון, תקבל/י מסרון עד 48 שעות אחרי, כי הפיקדון בוטל.
* אין המבטח חייב לשאת בכיסוי השרות בדיעבד.

חתימת נותן הפקדון:

שם הפקיד/ה: יצחקוב דניאלה

*טופס התחייבות זמין לעיון ולהדפסה באזור האישי באתר וביישומון כללית.

*להוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר יש לפנות לאזור האישי באתר/ביישומון או למרפאתך, עם הוצאת הטופס החדש, הטופס הנוכחי יבוטל.

*לצפייה בהסדרי הבחירה למטופלי כללית ניתן להיכנס לאתר כללית בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/info/entitlements/Pages/hesderim_new.aspx

*לאיתור שירותים ונותני שירות ניתן להיכנס לספר השירות הנמצא בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/sefersherut/pages/services_guide.aspx?ref=header_allsite

*באחריות בית החולים/המכון לצרף להזמנה לביקור מכתב המפרט את המצב הרפואי של המטופל, וכן את הבדיקות והטיפולים הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שיינתן במסגרת שר"פ (שירות רפואי פרטי), למעט אם נתקבל לכך אישור מראש ע"י כללית מושלם.

*ההתחייבות תכונן בכפוף להוראות כל דין והסכם ובעבור שירותים שיינתנו ע"פ דין.

*תוקף ההתחייבות מותנה בכך שלא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למטופל בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח, בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח.

*אפשר לקבל את השירות במוסד רפואי כל עוד המוסד מופיע ברשימה, ומציע את השירות שמתאים לך ולצרכיך.

*כללית תכבד התחייבות זו פעם אחת עבור שירות אחד או על פי מספר הביקורים הרשום לעיל, לא ניתן להשתמש בהתחייבות זו אם נוצלה כבר או בוטלה.

*בקשה לאישור מקדים: להגשת בקשה יש לפנות למרפאתך, או באזור האישי ביישומון תחת 'אישורים וטפסים', או באתר תחת 'שירותי אונליין' - 'פנייה אישית'.

*במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות כהגדרתו בחוק יסודות התקציב התשמ"ה 1985, תוקף ההתחייבות כפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם וע"פ תקנות יסודות התקציב (כללית לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב 2001.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המטופל.



-העתק-

חסוי/אישי

תאריך: 21/09/2025

מחוז מטופל: 002 ת"א יפו מחוז מנפק: 002 ת"א יפו

מנהלת מטופל: 02 תל-אביב מרפאה מנפקת: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

מרפאת מטופל: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)

לטיפולים אמבולטוריים מספר: 302487416

לכבוד שיבא לקביעת תור: 03-5303030

מטופל: לוי אליהו 0002252762-6

רופא מפנה: 1 אירירה מורנו דבורה מר רופא מטפל: 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד תאור הטיפול / בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70082	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	L9263	1

תאריך תוקף ההתחייבות עד: 07/03/2026

תאריך התור: 07/09/2025

חשבונך בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 856899 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית במועד מתן השירות

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך!

רוצה לקבל את השירות במקום אחר? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

טלפון לזימון תור
*2700

יישוב

ספקים בהסדר בחירה
מרפאות קהילה

כללית מאחלת לך בריאות טובה!

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

* טופס התחייבות זמין לעיון ולהדפסה באזור האישי באתר וביישומון כללית.

* להוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר יש לפנות לאזור האישי באתר/ביישומון או למרפאתך, עם הוצאת הטופס החדש, הטופס הנוכחי יבוטל.

* לצפיה בהסדרי הבחירה למטופלי כללית ניתן להיכנס לאתר כללית בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/info/entitlements/Pages/hesderim_new.aspx

* לאיתור שירותים ונותני שירות ניתן להיכנס לספר השירות הנמצא בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/sefersherut/pages/services_guide.aspx?ref=header_allsite

* באחריות בית החולים/המכון לצרף להזמנה לביקור מכתב המפרט את המצב הרפואי של המטופל, וכן את הבדיקות והטיפולים הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שיינתן במסגרת שר"פ (שירות רפואי פרטי), למעט אם נתקבל לכך אישור מראש ע"י כללית מושלם.

* ההתחייבות תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם ובעבור שירותים שיינתנו ע"פ דין.

תוקף ההתחייבות מותנה בכך שלא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למטופל בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח, בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח.

* אפשר לקבל את השירות במוסד רפואי כל עוד המוסד מופיע ברשימה, ומציע את השירות שמתאים לך ולצרכיך.

* כללית תכבד התחייבות זו פעם אחת עבור שירות אחד או על פי מספר הביקורים הרשום לעיל, לא ניתן להשתמש בהתחייבות זו אם נוצלה כבר או בוטלה.

* בקשה לאישור מקדים: להגשת בקשה יש לפנות למרפאתך, או באזור האישי ביישומון תחת 'אישורים וטפסים', או באתר תחת 'שירותי אונליין' - 'פנייה אישית'.

במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות כהגדרתו בחוק יסודות התקציב התשמ"ה 1985, תוקף ההתחייבות כפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם וע"פ תקנות יסודות התקציב (כללית לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב 2001.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המטופל.



חסוי/אישי

-העתק-

תאריך: 21/09/2025

מחוז מטופל: 002 ת"א יפו מחוז מנפק: 002 ת"א יפו

מנהלת מטופל: 02 תל-אביב מרפאה מנפקת: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

מרפאת מטופל: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)

לטיפולים אמבולטוריים מספר: 302487001

לכבוד שיבא לקביעת תור: 03-5303030

מטופל: לוי אליהו 0002252762-6

רופא מפנה: 29133 גרו נטליה רופא מטפל: 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד תאור הטיפול / בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70017	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	L9249	1

תאריך התור: 24/08/2025 תאריך תוקף ההתחייבות עד: 24/02/2026

חשבונו בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 856015 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית במועד מתן השירות

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך!

רוצה לקבל את השירות במקום אחר? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

טלפון לזימון תור

*2700

יישוב

ספקים בהסדר בחירה

מרפאות קהילה

כללית מאחלת לך בריאות טובה!

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

מס' זהות: 0022527626
טל' נייד: 0532442994
טל' בבית: 0036319888

לכבוד:
אלהו לז
לבני איתן 25 תל-אביב
תל-אביב
6764945

הזמנה למרפאה אורתופדית
הנך מוזמן/ת לריפוי בעיסוק - אורתופדיה
ביום ראשון 21/09/25 בשעה 10:00

מיקומנו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומת קרקע, אגף 1.
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום ב-waze "חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".

הנחיות לביקור:

- חובה להגיע עם תעודה מזהה עם תמונה (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון).
- יש להביא התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

קוד בדיקה	תיאור
97530	ריפוי בעיסוק פרטני

במידה ותגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,000 ₪) ל-30 יום.

אם ברצונך להשאיר פיקדון, נבקש להציג כרטיס אשראי פיזי (לא כרטיס דיגיטלי)

המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

- יש להצטייד במסמכים רפואיים וצילומי רנטגן עדכניים.
- בהגיעך למרפאה נא להטמיע את הדיסק של MRI/CT במרפאה

לתשומת ליבך:

- זמן שהייה במרפאה/במכון הינו כ- 3-4 שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

לבידורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או 534 * מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00,

או במייל: torim.TorimCall-Center@sheba.health.gov.il,

פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-15:00 בימים א'-ה', טל': 03-5302014, שעות מענה טל - 10:00-15:00, מייל: Mirp.Ortopedia@sheba.health.gov.il.

בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ'ט באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL, ב-Whats app, למספר 03-5305000.

בברכת רפואה שלמה

מרפאה אורתופדית

המרכז הרפואי שיבא

נקבע על ידי: צור פלג עדנה

08:01 01/09/2025



-העתק-

חסוי/אישי

תאריך: 21/09/2025

מחוז מטופל: 002 ת"א יפו מחוז מנפק: 002 ת"א יפו

מנהלת מטופל: 02 תל-אביב מרפאה מנפקת: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

מרפאת מטופל: 5205 מרפאת כפר-שלם טלפון: 03-6306500

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס (17 לאשפוז דפרנציאלי מספר: 102487101

לכבוד שיבא לקביעת תור: 03-5303030

מטופל: לוי אליהו 6-0002252762

רופא מפנה: 29133 גרו נטליה רופא מטפל: 29133 גרו נטליה

קוד שירות	קוד	תאור הטיפול / בדיקה	כמות	קוד משה"ב
10237	נתוח חקירה של גידועצב בגף העליון, לרבות שחרור עצב		1	G0116

תאריך תוקף ההתחייבות עד: 27/02/2026

תאריך התור: 27/08/2025

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית במועד מתן השירות

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך!

רוצה לקבל את השירות במקום אחר? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך הרשימה מטה

טלפון לזימון תור	יישוב	בתי החולים בהסדר בחירה
03-6974000	תל אביב - יפו	איכילוב
03-9376666	פתח תקווה	רבין-בילינסון
03-9253210	פתח תקווה	מ.שניידר לילדים
03-9372222	פתח תקווה	רבין-שרון
09-7471555	כפר סבא	מאיר
08-9441111	רחובות	קפלן
08-6400111	באר שבע	סורוקה
04-8250211	חיפה	כרמל
04-6495000	עפולה	העמק
08-6222949	אילת	יוספטל

*פניה לבתי חולים אלה תתאפשר באישור מקדים

כללית מאחלת לך בריאות טובה!

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

*טופס התחייבות זמין לעיון ולהדפסה באזור האישי באתר וביישומון כללית.

*להוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר יש לפנות לאזור האישי באתר/ביישומון או למרפאתך, עם הוצאת הטופס החדש, הטופס הנוכחי יבוטל.

לצפיה בהסדרי הבחירה למטופלי כללית ניתן להיכנס לאתר כללית בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/info/entitlements/Pages/hesderim_new.aspx

*לאיתור שירותים ונותני שירות ניתן להיכנס לספר השירות הנמצא בכתובת
https://www.clalit.co.il/he/sefersherut/pages/services_guide.aspx?ref=header_allsite

*באחריות בית החולים/המכון לצרף להזמנה לביקור מכתב המפרט את המצב הרפואי של המטופל, וכן את הבדיקות והטיפולים הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שיינתן במסגרת שר"פ (שירות רפואי פרטי), למעט אם נתקבל לכך אישור מראש ע"י כללית מושלם.

*ההתחייבות תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם ובעבור שירותים שיינתנו ע"פ דין.

תוקף ההתחייבות מותנה בכך שלא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למטופל בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח, בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח.

*אפשר לקבל את השירות במוסד רפואי כל עוד המוסד מופיע ברשימה, ומציע את השירות שמתאים לך ולצרכיך.

*כללית תכבד התחייבות זו פעם אחת עבור שירות אחד או על פי מספר הביקורים הרשום לעיל, לא ניתן להשתמש בהתחייבות זו אם נוצלה כבר או בוטלה.

*בקשה לאישור מקדים: להגשת בקשה יש לפנות למרפאתך, או באזור האישי ביישומון תחת 'אישורים וטפסים', או באתר תחת 'שירותי אונליין' - 'פניה אישית'.

במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות כהגדרתו בחוק יסודות התקציב התשמ"ה 1985, תוקף ההתחייבות כפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם וע"פ תקנות יסודות התקציב (כללית לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב 2001.

מרפאת כף יד

מנהל/ת : דר' ערמי עמיר מ.ר.80466	טלפון : 03-5302014
אח/ת אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי	פקס : 03-5302825

סיכום ביקור

שם משפחה: לוי	שם פרטי: אליהו	ת"ז: 22527626
גיל: 59	מין: זכר	טלפון נייד: 0532442994
תאריך ביקור: 21/09/2025	מספר ביקור: 28196165	קופת חולים: כללית
כתובת: לבני איתן 25 תל-אביב 6764945		

אבחנות בביקור

- Laceration - injury [wound, trauma] (879.8)

תלונת החולה / תלונה עקרית

במיון שיבא 20/8/25
בן 59, נחתך היום מאריח קרמיקה בשכי שמאל
טטנוס- לא זוכר
בדיקה-
חתך אולנרי וולארי ללא דמם פעיל
אצבעות ויאבילות
ללא פחת עצבי דיסטלית

נשלים בלוק מקומי ואקספולרציה של מיטת הפצע
באקספולרציה של מיטת הפצע מבנה גידי שנראה כמו FCU
אין פגיעה בFDP/FDS, אין תת תחושה אולנארית, נראה שיש חולשה בכיפוף והטיה אולנרית

הוצג לד"ר ליברמן- לביקורת מרפאה ביום א'
לאחר שטיפה מרובה הונחו תפרים בטכניקה א-ספטית
סד גבס

=====

24/8/25-דר חדיגה
חתך רחבי פרוקסימלית לשכ"י ימין בצד אולנארי

בבדיקתו בסד גבס, בהורדתו, פצע במראה תקין
ללא יכולת כיפוף אולנארית כנראה חתך FCU
ללא טיגל מעל פצע
ללא CLAWING אצבעות 4-5
חולשת אדדוקציה ואבדוקציה של אצבעות ביחס לצד נגדי
ADDP תקין, פרומנט שלילי.
תחושה פיזור אולנארי תקינה, עור ללא יובש

הוסבר למטופל כי מומלצת אקספולרציה לתפירת גיד וסקירת עצב אולנארי וטיפול בהתאם לממצאים.
לניתוח בוקר יום ה דר פלטי.
ייקבל זימון דרך המזכירה.

בתאריך 28.8.25 נותח - תפירת קרע חלקי FCU שורש כף יד צד ימין.

21.9.25 ד"ר שלזינגר
3 שבועות לאחר הניתוח. ללא תלונות על זיהום או הפרשה. כאב לפרקים.
בביקורת בסד לEXTENSION BLOCK



שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
המרכז הרפואי ע"ש שיבא
תל-השומר 5265601, ישראל

STATE OF ISRAEL
SHEBA MEDICAL CENTER
TEL-HASHOMER 5265601, ISRAEL

שם מלא: לוי אליהו 22527626

לאחר הסרתו והסרת התפרים, צלקת במראה תקין, תחושה שטחית שמורה.
מבצעת כיפוף של שורש כף היד והאצבעות, עם הגבלה אנטלגית.

ביצע טיפול של מרפאה בעיסוק בביקורת
שחרור להמשך טיפול ומעקב אמבולטורי
תחלואה נילות

• SMOKER - HEAVY (305.10)

ניתוחים

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 08/02/2016)
S/P FLEXOR TENDON, REPAIR/ ADVANCEMENT 263500 (82.42) (Right) (28/08/2025)

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום	תגובה
Papaverine	13/03/2009	פריחה, קוצר נשימה, נפיחות

לא ידועה רגישות לחומרים

הפניה לביקורת מרפאה

ללא מעקב
המשך מעקב וטיפול בקהילה

המלצות כלליות

המלצה: יש לקבוע תור לריפוי בעיסוק בהקדם
הפעלה מלאה לפי יכולת וסף הכאב, אקטיבי ואקטיבי נעזר, ללא עומסים או משקלים למשך 3 שבועות נוספים
ביקורת לפי צורך

נחתם ע"י: דר' שלזינגר בני מ.ר. 145640



Benny
Shlezinger
21/09/2025
10:55:18

אם במהלך הברור והטיפול בכך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>



שם מלא: לוי אליהו 22527626

זמן הדפסה: 10:55 21/09/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

מספר רשיון 29133
טלפון 03-6306500
פקס 03-6306501
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר נטליה גרו
תחום משפחה
כתובת הבושם 30 תל אביב
מרפאה כפר שלם - תל אביב

תאריך: 05/10/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו	מס זהות:	00022527626	גיל:	59.02	מין:	ז
ת.לידה:	02/08/1966	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	לבני איתן	טלפון נוסף:	52-2890594	
מס בית:	25	טלפון:	53-2442994					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ קוד 79989 איפיון אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/10/2025 עד תאריך: 31/10/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 31

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

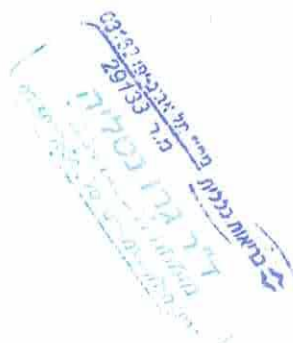
29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 05/10/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו
ת.ל.ידה:	02/08/1966
מס בית:	25
מס זהות:	00022527626
גיל:	59.02 מין: ז
רחוב:	לבני איתן
טלפון נוסף:	52- 2890594
ישוב:	תל אביב -
טלפון:	53- 2442994

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ: קוד: 79989 איפיון: אבחנה: DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 09/09/2025 עד תאריך: 30/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 22

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחוקתמת הרופא

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 05/10/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו	מס זהות:	00022527626	גיל:	59.02	מין:	ז	
ת.לידה:	02/08/1966	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	לבני איתן	טלפון נוסף:	52-2890594	מס בית:	25
		טלפון:	53-2442994						

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ קוד איפיון אבחנה
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD 79989

מומלץ על מנוחה מתאריך: 06/09/2025 עד תאריך: 30/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 25

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 05/10/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	לוי אליהו	מס זהות:	00022527626	גיל:	59.02	מין:	ז
ת.לידה:	02/08/1966	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	לבני איתן	טלפון נוסף:	52- 2890594	
מס בית:	25	טלפון:	53- 2442994					

35205027474

מספר הפניה:

גורם שולח



5205

מספר הפניה



035205027474

תז נבדק



22527626

מספר רשיון



029133

לכבוד: מרפאת פיזיותרפיה

תור בהקדם האפשרי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

FLEXOR TENDON REPAIR

אבחנה משוערת

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

אחרי ניתוח FLEXOR TENDON REPAIR

20/08 נחנק עי קרמיקה LACERATION INJURY

05/10/2025

סימנים חיוניים:	גובה	180	19/05/2025	משקל	94.3	13/02/2025	bmi	29.10
	לחץ דם	128 / 87	17/08/2025					
	דופק	67	17/08/2025					

09/04/2024 מתאריך 84.82 eGFR

0.57 FEV1/FVC 15/11/2024 עודכן ב 66 (%)FVC 15/11/2024 עודכן ב 49 (%)FEV1

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/1986		SMOKER
01/12/2007		COPD
21/06/2018	lt	FRACTURE ULNA DISTAL END CLOSED

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/			ANGIOGRAPHY-NCA
01/02/2001	01/02/2001		FRACTURE DISTAL FINGER 2 RT-08/1998
01/10/2001	01/10/2001		ROAD ACCIDENT -TRAUMA OF RT CHEST AND RT HAND AND RT LEG-
01/12/2004	01/12/2004		BURSITIS KNEE PREPATELLAR NONINFECTED LT
01/01/2017	01/02/2001		ADJUSTMENT DISORDER (GROSS STRESS REACTION)-08/1995

תרופות קבועות

...	פעמים	א.הגשה	כמות	תרופות
ביום	גרם			CANNABIS OIL T0/C30
ביום	1 שאיפות			SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50MCG/250MCG 1
ביום	1 שאיפות			SERETIDE DISK INH 50MCG/500MCG 50MCG/500MCG 1
ביום	גרם			CANNABIS FLOWERS T10/C2
ביום	1 טבליות			CIPRALEX TAB 10MG 28 10MG 1
ביום	1 טבליות			ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG 1
ביום	1 שאיפות			RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG 1

7 ה.ה.ר

הפניה למכון פיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

05/10/2025

הורפס ע"י ד"ר נטליה גרו

00022527626

לוי אליהו

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	שאיפות	1	RELVAR ELLIPTA 92/22 MCG INH 92MCG/22MCG
ביום	2	טבליות	1	OXYCODONE HCL+PARACET TAB 10MG 10MG

נחתם דיגיטלית

29133

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 05/10/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **לוי אליהו**
ת.לידה: 02/08/1966
מס בית: 25
ישוב: תל אביב -
טלפון: 53- 2442994
מספר רשיון: 35205027475
מס זמנות: 00022527626
גיל: 59.02
מין: ז
רחוב: לבני איתן
טלפון נוסף: 52- 2890594

גורם שולח



5205

מספר הפניה



035205027475

תד נבדק



22527626

מספר רשיון



029133

לכבוד: מרפאת פיזיותרפיה תור הקדם האפשרי

שירות שנבחר

קוד שירות: 81074
קוד משו"ב: 97530
תיאור רפואי: שירות רפואי
שירות רפואי: 81074
אבחנה משוערת: FLEXOR TENDON REPAIR

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/09/2025:

אחקי פתוח FLEXOR TENDON REPAIR

20/08 נחנק עי קרמיקה LACERATION INJURY
05/10/2025

סימנים חיוניים:

גובה: 180
משקל: 94.3
bmi: 29.10
13/02/2025
19/05/2025
17/08/2025
128 / 87
17/08/2025
67
לחץ דם
דופק

FEV1 (%) 49
FEV1/FVC 0.57
aGFR 84.82
09/04/2024 מתאריך
FVC (%) 66
עודכן ב 15/11/2024

בעיות פעילות

מגילוי: 01/01/1986
אפיפון: בעיה
01/12/2007
21/06/2018
SMOKER
COPD
FRACTURE ULNA DISTAL END CLOSED

תולדות עבר

מ.סיום: 01/
מגילוי: 01/02/2001
אפיפון: בעיה
01/10/2001
01/12/2004
01/02/2001
01/01/2017
ANGIOGRAPHY-NCA
FRACTURE DISTAL FINGER 2 RT-08/1998
ROAD ACCIDENT -TRAUMA OF RT CHEST AND RT HAND AND RT LEG-
BURSITIS KNEE PREPATELLAR NONINFECTED LT
ADJUSTMENT DISORDER (GROSS STRESS REACTION)-08/1995

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב.ב	ביום
CANNABIS OIL T0/C30		גרם			ביום
SERETIDE DISK INH 50MCG/250MCG 50MCG/250MCG 1		1 שאיפות			ביום
SERETIDE DISK INH 50MCG/500MCG 50MCG/500MCG 1		1 שאיפות			ביום
CANNABIS FLOWERS T10/C2		גרם			ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10MG 1		1 טבליות			ביום
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG 1		1 טבליות			ביום
RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG 1		1 שאיפות			ביום
RELVAR ELLIPTA 92/22 MCG INH 92MCG/22MCG 1		1 שאיפות			ביום
OXYCODONE HCL+PARACET TAB 10MG 10MG 1		2 טבליות			ביום

שירותי בריאות כללית - מחוז ת"א-יפו
מכון פיזיותרפיה - אילון מ. פיזיותרפי

תאריך: 26/10/2025
שעה: 10:14
דף: 1

הזמנה לטיפול

המבוטח: אליהו לוי

מספר זהות: 2252762

תאריך	יום	שעה	חדר	מטפל/ת	סוג בקור
30/11/2025	א	13:00	1	נווה צוק אלן מרטי דחוף	

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון: 03-6301825

כתובת המרפאה: שד' יד לבנים 35 ת"א
אוטובוסים: 9,11,31,43,52

הנך מתבקש/ת להצטייד בכרטיס מגנטי ולהקפיד על שעת ההזמנה.
נא בדוק/י אם הנך חייב/ת בתשלום, לפני כניסתך לרופא/קבלת שרות.

אני הח"מ, א"ח לוי, מס' 022527626, מרחוב ש. זימן 25 אג"ר, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בועין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הנ"ל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו ושל בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או הוצלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושט הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 04 לחודש 06 שנה 2026

X _____ חתימה:

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

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)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
א. א. א. א.	א. א.	022527626	0532442994
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
	25	6764945	

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, מחובות 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, הנושם"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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____
מקרה של קטין: שם האם _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 4/6/26 עד לחתימה ומס' 62254 רשמי או יאל פריינברג חתימה: X