

תאריך דו"ח: 01/12/25
מספרנו: 25150189

לכבוד:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
חובה
דרך השלום 53
גבעתיים

עו"ד מייצג: רות גיא דרור עו"ד
תיק: 200-407
התעשייה 8 קומה 1, רעננה

קוד מסמך 888

דו"ח איסוף מידע - 5

הזמנה: 595728
ת.ז: 200466266

תביעה: 2482400130
נפגע/ת: פרנץ מתן
תאריך אירוע: 14/01/2024

1. במרפאות רופאי קופת חולים מכבי: דר' פיסרנקו בוריס, דר' פרידמן בצלאל, דר' מחאמיד חסן, דר' לובושיץ שמואל, דר' צינמון אודי, דר' קלנדרוב ניסים, דר' קוסונובסקי ארינה, דר' מיכאלי שמעון, דר' סלטי אלי, דר' צציק אופיר אספנו את התיקים הרפואיים של פרנץ מתן.

2. סיכום:

אנו פועלים להשגת שאר המידע:

- בית חולים הלל יפה.
- קופת חולים מכבי. דר' רוזובסקי בראין, דר' תמיר לביה, דר' שגב זאב, דר' שוורץ מיגל, דר' שבתאי הרצל.
- מוסד לביטוח לאומי סניף כפר סבא נפגעי עבודה. 23/05/23.
- מוסד לביטוח לאומי.
- בית חולים מאיר.

במקביל נא הנחיותכם לצילום תיקיו הרפואיים של הנ"ל במרפאות: כירוגיה, כאב ורפואה תעסוקתית בקופ"ח מכבי.

בכבוד רב
ערן מור
שירותי איסוף מידע

דו"ח: 5, מספר פריטים: 10, יצוא לקוח עם משנה: סרוק
יצוא לקוח משנה: סרוק (למעט מלל - שליחה ידנית בלי חשבון)

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266

קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס: 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

רישום ביקור אורטופד

07/06/2018 12:09:26

גיל: 29.10

שם רופא/ה: ד"ר פיסרנקו בוריס
תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0087351187

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 07/06/2018:
נחבל בשורש יד ימין בתאריך 25.5.18 בת.ד. כרוכב אופנוע.
טופל בגבס ספייקה עקב חדש לשבר.
07.06.18 הסרת גבס וצילום ביקורת ללא עדות לשבר
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 07/06/2018:
אין לחץ בגבס.
צלומי ביקורת שורש היד כולל אלכסונים-

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ARTHRALGIA			

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	3.5	2232	POP-Forearm hand removal

המלצות למטופל: חבישה אלסטית
מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 200466266

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס: 6
שם האב: אתי	מין: ז	מס. דירה 45
מ. משפחתי: רווק		עיר: כפר סבא
		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

25/05/2017 18:34:25

רישום ביקור אורטופד

גיל: 28.10

שם רופא/ה: דר פרידמן בצלאל.

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0063196057

תלונות: שנים רבות כאב גב תחתון -עוד מזמן שרות צבאי
טופל שמרנית. מכבי טבעי
לא עבר הדמיה מיוחדת
ללא הקרנה לגפיים תחתונות
מנהל רכש.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: רגישות בניקוש עש מותני מעל זיזים קוציים אחוריים
כיפוף עם הגבלה מינמלית לפני
ללא גירוי שורשי מותני
ללא הפרעה בכוח גס החזרים ותחושה
לאור תלונות -לטומוגרפיה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
LOW BACK PAIN			

קוד	בדיקות/הפניות
99939	מרכז ארצי ליעוץ - C.T

מוזמן למעקב: כן בעוד כ- 15 ימים

0734600 !

20/07/2017 18:32:24

רישום ביקור אורטופד

גיל: 29

שם רופא/ה: דר פרידמן בצלאל.

תחום הטיפול: אורתופדיה

0066659040

מספר ביקור:

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 25/05/2017

שנים רבות כאב גב תחתון -עוד מזמן שרות צבאי
טופל שמרנית. - מכבי טבעי
לא עבר הדמיה מיוחדת
ללא הקרנה לגפיים תחתונות
מנהל רכש.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 25/05/2017

רגישות בניקוש עש מותני מעל זיזים קוציים אחוריים
כיפוף עם הגבלה מינמלית לפני
ללא גירוי שורשי מותני
ללא הפרעה בכוח גס החזרים ותחושה
22/06/2017
12- סקרום T של ע"ש מותני מגובה CT להלן ממצאי בדיקת
סיבת הפניה: כאבי גב תחתון.
אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.
ממצאים:

1: אין עדות לפתולוגיה דיסקלית או היצרות פורמינלית. L-12T במרווח
2: אין עדות לפתולוגיה דיסקלית או היצרות פורמינלית. L-1L במרווח
3: אין עדות לפתולוגיה דיסקלית או היצרות פורמינלית. L-2L במרווח
4: אין עדות לפתולוגיה דיסקלית או היצרות פורמינלית. L-3L במרווח
5: אין עדות לפתולוגיה דיסקלית או היצרות פורמינלית. L-4L במרווח
1: בלט דיסק אחורי קל עם פריצת דיסק קטנה לטרלית משמאל גורמת ללחץ קל במהלך
של השורש הסמוך, S-5L במרווח
השומן האפידורלי ברצס הלטרלי משמאל מחוק חלקית, אין לחץ על השורשים באזור
הפורמינות.
מבנים גרמיים כולל גופי החוליות וקשתות האחוריות ומפרקים הפאצליים נראים
שמורים.
רוחב התעלה גרמית תקין.
לאורך ע"ש מותני. STENOSIS SPINAL CENTRAL אין עדות ל
S-5L שומן אפידורלי וליגמנטום פלבום תקין, מלבד גובה
S-5L- התרשמות: בלט דיסק אחורי מינימלי עם פריצת דיסק קטנה לטרלית משמאל
לפזיו- אלטרנטיבי -
מרפאת כאב

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN

קוד	בדיקות/הפניות
CON92	מכון פיזיותרפיה
99919	מכון

הדרכה שניתנה לחולה/למשפחתו:

ללא הרמת משקל
ללא כיפופי גב מרובים
ללא עומס מוגבר על גב תחתון כולל עבודה פיזית מאומצת
ללא פעילות ספורט

☒ חודשים

בעוד כ- 1

☒ כן מוזמן למעקב:

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס': 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

רישום ביקור אורטופד 14/08/2014 12:33:40

גיל: 26

שם רופא/ה: דר' מחאמיד חסן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 000000633436

תלונות: מהיום כאבים מסביב לגיד אכיליס משמאל ללא ספור חבלתי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: רגישות מסביב לגיד אכיליס משמאל ללא נפחות ללא הגבלה בתנועות ללא חוסר
נירוסקולרי. משחה אטופאן מנוחה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	ACHILLES TENDINITIS

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
.		70125	Y	N	N		1	10	למריחה	2	Gel		PHYSI-CARE MAC 1% X 100G
טבליה		4665	Y	N	N		1	10	לבליעה	2	Tab.	1	ETOPAN XL 600MG X 20

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

0916300 !

רישום ביקור אורטופד 02/09/2014 18:49:17

גיל: 26.1

שם רופא/ה: דר' מחאמיד חסן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 000001703415

תלונות:

ביקור חוזר מתאריך: 14/08/2014
מהיום כאבים מסביב לגיד אכיליס משמאל ללא ספור חבלתי
כאבים בעקב שמאל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 14/08/2014
רגישות מסביב לגיד אכיליס משמאל ללא נפחות ללא הגבלה בתנועות ללא חוסר
נירוסקולרי. משחה אטופאן מנוחה
רגישות מתחתלעקב שמאל ללא הגבלה בתנועות ללא חוסר נירוסקולרי לגבי אכיליס
מרגיש טוב זרקה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	ACHILLES TENDINITIS
		Lt	PLANTAR FASCIITIS

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
אמפולה		57660	Y	N	N			1	להזרקה	1	Amp.	1	DIPROSPAN 2CC

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
	1	03.0	2050	Injection bursae/tendons/aponeuroses

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות200466266קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ

שם פרטי: מתן

שם האב: אתי

מ. משפחתי: רווק

ת.לידה: 16/07/1988

מין: ז

רחוב: נלקין

מס: 6

עיר: כפר סבא

מיקוד: 4465330

טלפון נייד: 0549577216

מס. דירה: 45

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

רישום ביקור אורטופד

26/06/2005 19:02:00

גיל: 16.11

שם רופא/ה: דר' לובושיץ שמואל
תלונות: נחבל לפני יומיים חבלה ישירה מברך של חבר בצד המדיאלי של ברך שמאל.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ללא ממצא למעט רגישות באזור ה- vastus medi			
הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

מוזמן למעקב - גרסה קודמת:
מוזמן למעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס: 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

05/09/2024 18:42:22

רישום ביקור אף אוזן גרון

רישום ביקורים

מספר ביקור: 00287462586

גיל: 36.1

שם רופא/ה: ד"ר צינמון אודי

תחום הטיפול: אף אוזן וגרון

תלונות/סיבת הפניה: תלונות לטינטון דוצ
מזה כ 8 חודשים - חושב שיש קשר עם תאונת דרכים
בדיקת שמיעה - ינואר 2024
SRT תואם PTA 10 דצ דוצ
יש שנץ ב 4000 דוצ

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

בדיקה גופנית: אוטוסקופיה - תקינה דוצ

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TINNITUS

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 04/03/2025	מכון שמיעה: בדיקת שמיעה לילדים מעל גיל 5 ולמבוגרים, BERA
בתוקף עד - 04/03/2025	מרפאות חוץ: בדיקת רופא

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1159700

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס': 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

19/01/2024 11:50:29

רישום ביקור אף אוזן גרון

רישום ביקורים

מספר ביקור: 00264106570

שם רופא/ה: ד"ר קלנדרוב ניסים

גיל: 35.6

תחום הטיפול: אף אוזן וגרון

תלונות/סיבת הפניה: בן 35.6, לפי דבריו היה מעורב בתאונת דרכים ב-14.01.2024 עם איבוד הכרה

פעמיים היה במיון בית חולים הלל יפה ופעם שניעה בבית חולים מאיר

בוצע CT ראש

מתלונן על כאבי באוזן ימין עדין וכאבים בראש בעורף צד ימין, ציפופים באוזניים ללא

קבוע

לא ידוע על מחלות כרוניות, לא ידוע על רגישות לתרופות

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תאריך תאונת דרכים:

14/01/2024

בדיקה גופנית: אף--ללא הפרשה, מחיצה ישרה, קונכיות ללא מוגדלות, נשימה דרך אף טובה משתי

הצדדים

לוע--שקדים לא מוגדלים, רירית בצבע רגיל, ללא PND

אוטוסקופיה תחת מיקרוסקופ -

תעלות בגודל תקין, ללא הפרשה, תופיות שלמות ובצבע רגיל

צואר--ללא דפורמציות ונפיחויות, בלוטות לימפה לא נימושה, רגישות במישוש צוואר מצד

ימין קידמי ואחורי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
			TINNITUS
			CERVICALGIA
			HEADACHE

הערות

בדיקות/הפניות

בתוקף עד - 17/07/2024

מכון שמיעה: בדיקת שמיעה מעל גיל 5, טימפנומטריה

המלצות למטופל:

מעקב

יעוץ רופא נזירולוג

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0696900 !

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 200466266

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס: 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

19/07/2010 17:59:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 22

שם רופא/ה: ד"ר קוסונובסקי אירנה

תחום הטיפול: משפחה/כללי

סיבת הפניה: כאבי גרון

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

המשך מעקב: על פי צורך

! 0866200

11/08/2010 19:31:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 22

שם רופא/ה: ד"ר קוסונובסקי אירנה

תחום הטיפול: משפחה/כללי

סיבת הפניה: כאבי גרון

חום נזלת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		516	Y	N	N		1	7	לבליעה	3	Tab.	1	COLDEX 20
.		70096	Y	N	N		1	10	להשתמש	2	Spr.	1	AF-CARE MAC 0.1% X10ML

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	12/08/2010	13/08/2010

המשך מעקב: על פי צורך

! 0866200

ביקור משפחה/ילדים

23/10/2016 10:59:08

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00049479465

שם רופא/ה: ד"ר קוסונובסקי אירנה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: כאבי בטן שילשולים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ABDOMINAL PAIN - RECURRENT

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		51851	Y	N	N		1	5	לבליעה	4	Tab.	1	KALBETEN 20TAB

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0866200

ביקור משפחה/ילדים

31/01/2017 11:48:14

גיל: 28.6 מספר ביקור: 00056149825

שם רופא/ה: ד"ר קוסונובסקי אירנה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 23/10/2016
כאבי בטן שילשולים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 23/10/2016

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PAIN KNEE

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		38663	M	N	N		1	14	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 14
.		70125	M	N	N		1	10	למריחה	2	Gel		PHYSI-CARE MAC 1% X 100G

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0866200

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 200466266

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס: 6 מס. דירה 45
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

26/07/2000 08:58:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: כאבי גרון
חום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מוגלה על השקדים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FOLLICULAR TONSILLITIS ACUTE

יח' שימוש	M	קוד	N	C	P	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
	1	7286 !	ר	1	15		3	10	1	3	CAP	1	MOXYPEN FORTE 500MG X 10
	1	8424 !	ר	1	15		1	7	1	3	LOZ	1	KALGARON LEMON 20TAB

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

08/01/2001 17:34:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: כאבי בטן עותיים
במשך מספר ימים
ללא שילשולים
הקיא פעם אחת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגישות במישוש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VIRAL INFECTIONS UNS

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

13/03/2001 17:56:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: חום
כאבי גרון
שיעול

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אודם בלוע

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
KALGARON LEMON 20TAB	1	LOZ	3		1	7	1	15	1	ר	8424 !	1	
COLDEX 20	1	TAB	3		1	7	1	15	1	ר	516 !	1	
										ה א ו כ ל ע ם			

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

11/11/2001 17:46:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: נזלת
חולשה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: וירוס

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
VIRAL INFECTIONS UNS			

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

10/02/2002 17:23:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: לאחר פגישה עם ד"ר שוורץ
טוען שאין מקום לטפל בריטאלין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תקינה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HYPERACTIVE CHILD ??

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

24/02/2002 19:16:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: ביקור חוזר
מתאריך: 10/02/2002
לאחר פגישה עם ד"ר שוורץ
טוען שאין מקום לטיפול בריטאלין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: 10/02/2002:תקינה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HYPERACTIVE CHILD ??

קוד	בדיקות/הפניות
LAB01	ריכוז בדיקות מעבדה (כללי)

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

10/03/2002 17:39:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: פצעים בפה
כאב

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: פצעונים על הריירות

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			STOMATITIS

יח' שימוש	M	קוד	N	C	P	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
	1	1549 !	ר	1	15		1	10	1		PST	1	ORACORT E 5GR

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

18/06/2002 19:33:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: נזלת
שעול קל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ב.מ.פ.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
VIRAL INFECTIONS UNS			

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

23/09/2002 17:57:00

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: שיעול קל
ללא חום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תקינה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור בריאות	G62.7		

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

25/03/2003 17:46:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 14.08

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: שיעול טורדני
ליחה ירוקה עם טבעות
ללא חום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: חירחור מעל קנה הנשימה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
TRACHEITIS ACUTE			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ROXO 150MG X 10	1	TAB	2	פעמים ביום	5	1		P	N	N	27734		
MUCOLIT 375MG X 20	1	CAP	3	פעמים ביום	7	1		P	N	N	7539		

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

22/06/2003 17:52:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 14.11

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: ביקור מנהלי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FILL OUT FORMS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור בריאות	G62.7		

המשך מעקב: אין צורך במעקב לביקור זה

!

ביקור משפחה/ילדים

28/10/2003 19:35:00

גיל: 15.3

שם רופא/ה: ד"ר מיכאלי שמעון

סיבת הפניה: חום גבוה
שיעול וחום גבוה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אודם בלוע
תפליט על השקדים
חום גבוה
שיעול טורדני

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TRACHEITIS ACUTE
			FOLLICULAR TONSILLITIS ACUTE

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
		7286	P	N	N		3	10	פעמים ביום	3	CAP	1	MOXYPEN FORTE 500MG X 10
		7539	P	N	N		1	7	פעמים ביום	3	CAP	1	MUCOLIT 375MG X 20
		2265	P	N	N		1	7	פעמים ביום	3	SYR	10	TUSSOPHEDRINE 115ML
		40697	P	N	N		1	20	פעמים ביום	1	TINC		IODINE TINCTURE 10ML

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור ללימודים	G62.2	28/10/2003	30/10/2003

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

!

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: פרנץ	ת.לידה: 16/07/1988	רחוב: נלקין
שם פרטי: מתן		מס': 6
שם האב: אתי	מין: ז	עיר: כפר סבא
מ. משפחתי: רווק		מיקוד: 4465330
		טלפון נייד: 0549577216

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

רישום ביקור אורטופד 05/05/2015 18:19:24

גיל: 26.9

שם רופא: ד"ר סלטי אלי

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0016974525

תלונות: כאבים בעקב שמאל מזה חצי שנה. פנה לאורטופד ואובחן כסובל מפסאיטיס פלנטרית.
קיבל הזרקה שהועילה למשך 3 חודשים וכעת הכאבים חזרו. עיקר הכאבים הם בצעדים הראשונים בבוקר

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: רגישות במישוש עקב שמאל. שאר הבדיקה תקינה.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PLANTAR FASCIITIS
			Lt

קוד	בדיקות/הפניות
CON92	מכון פיזיותרפיה
99872	מרשם למדרסים

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
אמפולה		702	Y	N	N		1	1	להזרקה	1	Amp.	1	DIPROSPAN 1CC

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
	1	3	2060	Intrasynovial injection

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור רפואי	C00003		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0951100 !

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 200466266		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: פרנץ		ת.לידה: 16/07/1988	
שם פרטי: מתן			
שם האב: אתי		מין: ז	
מ. משפחתי: רווק			
רחוב:		נלקין	
מס:		מס. דירה 45	
עיר: כפר סבא		מיקוד: 4465330	
טלפון נייד: 0549577216			

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/09/2016

רישום ביקור אורטופד 14/03/2022 19:17:08

גיל: 33.7

שם רופא/ה: פרופ' אופיר צציק

תחום הטיפול: אורתופדית כתף

מספר ביקור: 0198846213

תלונות: כאב גב תחתון כרוני, מטופל בקנביס רפואי
שלשום החמרה בכאב לאחר שהתכופף במקלחת
פנה למוקד רפואה דחופה וטופל בהזרקת וולטרן
בבדיקה גופנית- ללא פחת עצבי בגפיים תחושתיות או מוטוריות
מבצע מעברים באופן עצמאי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PAIN BACK

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0867206 !