

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

4/5/23

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – פתח תקוה
מרחוב רוטשילד 72, ת.ד. 454
פתח תקוה 4947332

א.ג.נ.,

הנדון: דבורה אובזניק, ת.ז. 011851912
תאונות מיום 31/10/21 ומיום 5/12/21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בגין 2 התאונות בהן הייתה מעורבת בצירוף מסמכים רפואיים וצילום תעודת זהות.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשתי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✎ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✎ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✎ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✎ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ✎ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✎ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✎ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

011851912

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
דניאל		דניאל		011851912	
מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה		שם פרטי	
		13/01/1965		דניאל	
עיסוק		מין		נכות	
שכיר ☒		זכר ☐		נכה ☒	
מתנדב ☐		עצמאי ☐			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
@					
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר	
				011851912	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה		שנה		חודש		יום	
5/12/21		21		10		31	
פרטים על הפגיעה							
הפגיעה אירעה ב- 5/12/21 בשעה 10:00 בבוקר ברחוב תל אביב							

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

3

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולות ההתנדבות			
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות דירה כניסה מס' בית רחוב/תא דואר			
טלפון מיקוד יישוב			
המקצוע ערב הפגיעה: שירות סיכור חלד			

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

K3

מקום השירות	☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת
	☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי
	☐ משטרה	☐ אחר
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב
		מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____		
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐		
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.		

פרטי הטיפול הרפואי

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט 24/11/2019 שם בית החולים תקופת אשפוז

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מבטח בקופ"ח נכ"ח ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	37	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה חובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

הצד

כאבים ורגלים כחוצים ונזלים ורגלי
זרזים ורגלים כחוצים ונזלים
כאבי ראש וסחרחורת
ירידת רגליים; כאבים ורגליים; קושי ללכת וללכת

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום ☐ מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון 03-7412358

כתובת חתום

שם גורם מסייע חתום

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
דבורה סימור אילניק		תאריך	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	שם הבנק
25287422	851		אז"ר

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 4.5.23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 4.5.23 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 011851912	תאריך הפגיעה 31/10/2021 שנה חודש יום
שם משפחה אלעזר	שם פרטי דור	5/12/21
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתי לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 4/5/23 חתימת המבוטח *

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

11851912 אובזניק דבורה

בת: 56

כתובת: הרא"ה 171 רמת גן כניסה . רמת גן 5236206
מספר קבלה: 00500131102021
תאריך ביקור: 31/10/2021 07:33

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9) Cervical sprain

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: צליפת שוט

הערות:

בת 56, מעורבת בת.ד חזית אחור בדרכה לעבודה מתלוננת על כאבי צוואר

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	מספר נשימות
07:44 31/10/2021	3	16

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252 08:09 31/10/2021
היום בדרך לעבודה עברה ת.ד בתור הנהגת, סובלת מכאבי צוואר, רגישות פראברטברלית צווארית, לא חסר נירולוגי לפי ה-ASIA C5D1 כח גס שמור, י

תאונת עבודה	
מקצוע	תאריך פגיעה
שם המעביד:	ש.ה.
כתובת:	
כתוצאה מפגיעה בעבודה המוערך:	
☐ מסוגל להמשיך בעבודתו	
במשך ימים, מיום עד	

פרטים

המלצות

תאריך ושעה

נושא

גרשם ע"י

31/10/2021
08:09

דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252 טיפול אנלגטי,
מעקב רופא מטפל,
חופשת מחלה ל-3 ימים

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

תאונת עבודה	
שם המעביד:	_____
תאריך פגיעה:	_____
שעה:	_____
מקצוע:	_____
כאובת:	_____
האופי של הפגיעה בעבודה המוצהרת ע"י הנ"ל:	_____
האופי של הפגיעה בעבודה:	_____
מסוגל להמשיך בעבודתו:	☐ אינו מסוגל
במשך _____ ימים/חודשים עד _____ יום (ובכלל)	_____

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

נחתם ע"י: דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי. אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים. ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

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, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
ברכות בריאות שלמה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

ד"ר אדלר כהן חגית

מומחית ברפואה פנימית

מס' רשיון: 120877

כתובת: תל חי 33, רמת גן

טלפון: 03-6770666

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אובזניק	שם פרטי דבורה	שם האב סימון	מס' זיהוי 11851912	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמת גן	רחוב הרא"ה	מס' 171	מיקוד 5236206	שנת לידה 1965
חבר (כל) כ				
שם המעביד וכתובתו עיריית תל אביב יפו		טלפון 0544429928	מקצוע אחות	
ת. פגיעה 31/10/2021	שעה 06:30	התעסקות בשעת הפגיעה נהגת		
האיבר שנפגע נחבלה בצווארה		שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בעת נהיגה לעבודה סדר נכנס במכוניתה מאחורה. מאז כאבים בצוואר. נבדקה בשיבא.

הממצא הקליני:

כאבים בצוואר עם קושי בהזזה

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

צילום צוואר

הממצא: ללא ממצא פתולוגי

אבחנה:

• ENCOUNTER FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ימים, היינו מיום:

31/10/2021

עד יום:

04/11/2021

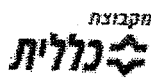
01/12/2021

תאריך הבדיקה

ד"ר אדלר כהן חגית
מס' רשיון: 120877
כתובת: תל חי 33, רמת גן
טלפון: 03-6770666

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

9376906 - 03



מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י ד"ר גבע גל ב-05/12/2021 21:45

שם משפחה: אובדניק	תאריך לידה: 13/01/1965	מלרד - אורתופדיה
שם פרטי: דבורה סימונה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191	מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
כתובת: הרקסים רמת גן	מין: נקבה	מ.ר. 24432
טלפון: 036782152	גיל: 56	אחות אחראית: גרינברג תמי
		טלפון: 03-9377011
		פקס: 03-9222173

תאריך קבלה: 05/12/2021 17:17
מספר קבלה: 2021214997

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

- STRAIN / SPRAIN - WHIPLASH (8470)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 56 הופנתה למיון לאחר מעורבות בתאונת דרכים ביום קבלתה, נהגת, חגורה, מנגנון אחורי, בקבלתה במיון בהכרה, יציבה הימודינמית, נשימתית, מתלוננת על כאבים בצוואר, וגב עליון עמוד דרה גבי, ללא איבוד הכרה.

תלונה עיקרית

בגליון

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בשכיבה	כאב
17:55 05/12/2021	79	170 / 100	6

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום עמוד שדרה גבי במסגרת עמוד שדרה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום חזה



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' גבע גל ב-05/12/2021 21:45

מלרד - אורתופדיה
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: אובזניק	תאריך לידה: 13/01/1965
שם פרטי: דבורה סימונה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191
כתובת: הרכסים רמת גן	מין: נקבה
טלפון: 036782152	גיל: 56

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	DRP	05/12/2021 18:03	Once Rate from nurse:0	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) DRP 1000 mg
		אבו ראס מוחמד מ.ר. 207792		

מהלך ודיון

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
05/12/2021 20:46	אפל רועי מ.ר. 134048	בת 56, ללא מדללי דם מעורבת בתאונת דרכים, נהגת רכב פרטי, חגורה. נפגעה במנגנון אחורי מלינה על כאבים בצוואר ללא איבוד הכרה מעט בחילות ללא הקאות ללא קשיי נשימה או חבלת חזה ללא חבלת בטן בבדיקתה - במצב כללי טוב GCS 15 מניעה 4 גפים דופק 80, לד 170/000 ראש ללא סימני חבלה צוואר בצווארון חזה - ללא סימני חבלה או רגישות, כניסת אוויר טובה שווה דוצ בטן רכה ללא סימני חבלה או רגישות, ללא רגישות אגן יציב רגישות קלה פרהוורטברלית עמש חזי ללא רגישות על פני כל עמשע עמש ת: צלח אורטופד דר' גבע גל מ.ר. 148162 בת 56 רקע וסיפור כמתאור. כעת מלינה על כאבי צוואר וגב. דומים לכאבים שהיו בתאונה לפני כחודש. בבדיקה- מתהלכת ללא עזרים. מניעה צוואר לכל הכיוונים, רגישות דיפוזית קו אמצע ופראוורטברלית. ללא רגישות עמש מותני, רגישות קו אמצע גבית. מוח גס ותחושה שמורים ב4 גפיים, ללא חסרים. בצילום עמ"ש צ + גבי- ללא ממצא גרמי חריף.	
05/12/2021 21:17	דר' גבע גל מ.ר. 148162	בת 56	רקע וסיפור כמתאור.

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' גבע גל ב-05/12/2021 21:45

שם משפחה: אובזניק	תאריך לידה: 13/01/1965
שם פרטי: דבורה סימונה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191
כתובת: הרכסים רמת גן	מין: נקבה
טלפון: 036782152	גיל: 56

מלרד - אורתופדיה
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

#נגד כאבים לפי הצורך.
#חימום ועיסוי מקומי.
#פיזיותרפיה- הפעלה מלאה.
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות חולשת רגל או יד, אובדן שליטה על סוגרים או כל החמרה אחרת - יש לפנות לרופא.
חופשת מחלה: 5 ימים.

סטטוס מטופל בשחרור

אחות מרכזת טיפול

אחות: אבו ראס מוחמד מ.ר. 207792

רופא אחראי

רופא: אפל רועי מ.ר. 134048

נחתם ע"י: דר' גבע גל מ.ר. 148162

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' גבע גל ב-05/12/2021 21:45
חיוני אישי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכון אודיולוגי אריה

מכשירי שמיעה, אבחון ושיקום שמיעה ודיבור

ביאליק 16 כניסה ב', רמת-גן

טל. 03-6736133 פקס. 03-6736739

תאריך 23/12/2021

בדיקת שמיעה

טל. 0544429928

ת.ז.: 011851912

שם/שם משפחה: דבורה אובזניק

סיבת הפניה: חשד לירידה בשמיעה

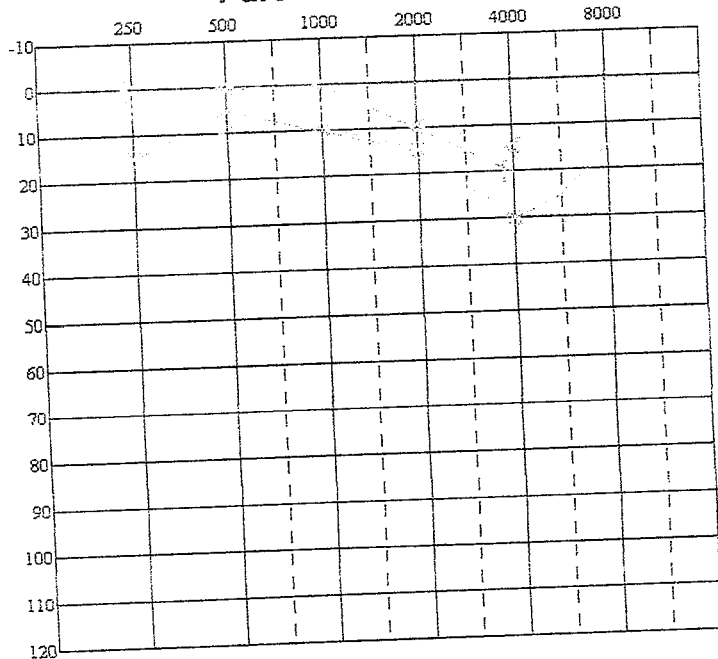
תאריך לידה: 1965

הגורם המפנה: ד"ר סדן מירון

מס' רשיון 98608

סוג אודיומטר: AC33 שם הקלינאי(ת): אושרת כהן

Pure Tone Audiometry

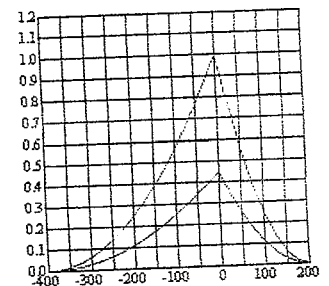


	Air	Air	Bone	Bone	Sound	Hearing	No	Weber		
	Mask	Mask	Mask	Mask	MCL	UCL	Field	Stenger	Aid	Response
Right					MCL	UCL	S	ST	HA	
Left					MCL	UCL	S	ST	HA	

Mask Levels

	Air	Bone	Air	Bone
250				
500				
750				
1000				
1500				
2000				
3000				
4000		40-60		40-60
6000				
8000				

Tympanometry



Type	
Compliance	
Volume	
ETF	

Speech Audiometry

	SRT	SRT MASK	MASK Level	%Disc	MASK Level	dB	SDT	MCL	UCL	SRT BONE	SRT FF	SRT HA
RIGHT				100%		45						
LEFT				100%		45						

23/12/2021: אוטוסקופיה: במפ לדבריה עברה 2 תאונות דרכים בפרק זמן של מס' שבועות. סובלת מסחרחורות ואובדן שיווי המשקל, אינה חשה בירידה בשמיעה.

אושרת כהן
קלינאית תקשורת
מ.ר. 98608

המלצות: חזרה לרופא המטפל והמשך מעקב שמיעה יש לציין אסימטריה בין האוזניים, המשך בירור לשיקול הרופא.

תאריך: 12/2021

מ.ר. גורם מפנה



ד"ר טונקל אולגה
נירולוגיה
התמחויות:
מומחית בנירולוגיה

טלפון: 03-5732435
פקס: 037312832
כתובת: המאבק 33, גבעתיים

שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		פרטי הנבדק:
ת.ז.: 11851912	טלפון: 0747023335	ת.לדה: 13/01/1965	כתובת: הרא"ה 171/2, רמת גן	0011851912
מיקוד: 5236206		טל. עבודה/נייד: 0544429928		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר אדלר כהן חגית

בבדיקה שנעשתה ב: 30/12/2021

עקב: בת 56, ברקע MIGRAINE, עברה תאונת דרכים באוקטובר ותאונה גם בדצמבר 2021. בזמן נסיעה ברכב (תאונות עבודה). פעם האחרונה- היתה "תנודה" של ראשה קדימה/ אחורה. נבדקה במיון בילינסון. סובלת מכאבי צוואר וכאבי ראש מצחי, כבדות בראשה, בחילות וסחרחורת סיבובית. נבדקה עי.א.א.ג אשר המליץ על פיזיותרפיה וסטיבולרית. בדיקת שמיעה בוצעה (ירידה קלה). מקבלת כבר טיפול מרגישה שיפור מסוים.

ממצאים: הגבלת תנועות צוואר לצדדים. עצבי המוח תקינים. ללא ניד. שדי ראיה בקונפרונטציה תקינים. פונדוס: דיסקי עצבי הראיה תקינים. עם גבולות ברורים. כוח בגפיים מלא: ללא צניחה, ללא פרונציה. החזרים הופקו, שווים, ללא החזרים פירמידליים בידיים וברגליים. טונוס שרירים רגיל. ללא רעד. ללא ירידה בזריזות. תחושה: כאב, מגע-תקינה. כל המבחני קורדינציה בגפיים, בעמידה, ב-TANDEM- תקינים. רגישות יתר במישוש שרירי צוואר וגולגולת. לסיכום: ללא ממצאים נירולוגיים פוקליים. CERVICALGIA, WIPASH INJ, VERTIGO. כמו כן AGISERC, משככי כאב פי צורך. עד פעמיים ביום. אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HEADACHE
- VERTIGO

BETISTINE 16MG X 30 - {1 X 1 (למשך 30 ימים)}

חתימה וחותמת הרופא

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: מעקב קליני.

30/12/2021

תאריך

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שרות רפואי מוסמך

ד"ר אדלר כהן חגית

מומחית ברפואה פנימית

מס' רשיון: 120877

כתובת: תל חי 33, רמת גן

טלפון: 03-6770666

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אובזניק	שם פרטי דבורה	שם האב סימון	מס' זיהוי 11851912	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב ראש העין	רחוב הנביאים	מס' 42	מיקוד 4804045	שנת לידה 1965
שם המעביד וכתובתו עיריית ת"א-יפו	טלפון 0544429928	מקצוע אחות	חבר (כל) כ	
ת. פגיעה 05/12/2021	שעה 16:30	התעסקות בשעת הפגיעה נהגת		
האיבר שנפגע צוואר	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 06/12/2021 בשעה 14:34:03
אתמול שוב תאונה דרכים בה נכנס בה מישור מאחורה, נחבלה בצוואר. פנתה לבילינסון. הומלצו 5 ימים מחלה וכן משככי כאבים.

הממצא הקליני:

כאבים בצוואר ובהמשך סחרחורת וחוסר שו"מ

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

צילום עמו"ש צוואר וגבי-תקנים

אבחנה:

בתאריך: 05/12/2021

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ימים, היינו מיום: 06/12/2021 עד יום: 29/01/2022 (בכלל)

16/02/2022

תאריך הבדיקה

חתימה וחומת הרופא

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר אדלר כהן חגית
מס' רשיון: 120877
מפגש רפואי ראשון
תל חי 33, רמת גן
טל: 03-6770666

תאריך: 09/01/2022

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
פיזיותרפיה
16/02/2022

גליקורמן שרה

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 11851912

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובזניק

טל.עבודה/נייד: 0544429928

0747023335

טלפון:

מין: נ

13/01/1965

ת.לידה:



0011851912

מיקוד 4804045

הנביאים 42/1, ראש העין

כתובת:

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 09/01/2022

11851912

ת"ז:

דר' סדן מירון

לכבוד דר'

אובזניק דבורה

מר/ת

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL •
WHIPLASH INJURY •
GAIT DISTURBANCE •

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
חזרה לשגרה ללא סחרחורות			14/12/2021

טופל החל מ- 14/12/2021

סוג סדרה שווי משקל

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Vestibular Rehabilitation-

VESTIBULAR REHABILITATION
VESTIBULAR REHAB COMPLEX

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

שיפור חלקי
מתרגלת אפלי בבית
עדין סחרחורת בתנועות ראש סיבוביות מהירות
ובקימה משכיבה לשיבה.
הדרכה לתרגול אפלי בבית ותרגול הביטואציה
עידוד לחזרה לעבודה

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיה: גליקורמן שרה
חתימה

תאריך: 09/01/2022

מ.ר גורם מפנה



128803

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
פיזיותרפיה
16/02/2022

גליקמן שרה

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 11851912

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובזניק

טל.עבודה/נייד: 0544429928

0747023335

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 13/01/1965



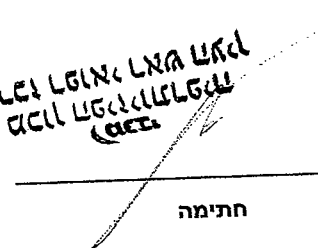
0011851912

מיקוד 4804045

הנביאים 42/1, ראש העין

כתובת:

הפק ללא הדפסה

לאשר מאת: 
חתימה

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אובזניק		שם פרטי: דבורה		ת.ז.: 11851912	
ת.לידה: 13/01/1965		מין: נ		טלפון: 0747023335		טל.עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045		0011851912			

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקה: 16/02/2022

ת"ז: 11851912

מרת: אובזניק דבורה

לידיעתך, המטופל/ת אובזניק דבורה

התקבל בתאריך: 23/12/2021 לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
ק	23/12/2021	WHIPLASH INJURY

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תחזור לעבודה כאחות	23/01/2022		23/12/2021
המטופלת תעלה מדרגות שלוש קומות ללא כאב	23/02/2022		23/12/2021

טופל החל מ- 23/12/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	36	61
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	9	8
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

THERAPEUTIC EXERCISE

Therapeutic Exercises-

MODALITY HEAT PACK

Modalities-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Administrative and Others-

Manual Therapy

Manual Therapy-

סה"כ 5 ביקורים

פיזיותרפיסט

חלקית

המטרות הושגו באופן חלקי

יכולת חזרה לפעילות:
השגת מטרת הטיפול:

חתימה

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 11851912

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובזניק

טל.עבודה/נייד: 0544429928

0747023335

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 13/01/1965



0011851912

מיקוד 4804045

כתובת:

הנביאים 42/1, ראש העין

מידת שיתוף הפעולה:

התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

המטופלת הגיעה לאחר שתי תאונות במנגנון פגיעה אחורי. אחרי התאונה השניה סבלה מכאבים המגבילים תנועתיות עמש צווארי וכתפיים דוצ וכן מסחרחורות ואבדן שיווי משקל. לאחר סדרה של חמישה טיפולים שכללה תרגול ואמצעים לשיכוך כאבים, משוחררת עקב הטבה משמעותית, טווחי תנועה מלאים מלבד טווחי סיבוב צידי צווארי דוצ, מוגבלת יותר לימין. הונחתה להמשיך פעילות גופנית והוסבר לה כי הכאבים יוכלו להימשך זמן מה עד שישכחו לחלוטין.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: ארביב יהודה

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

משרד הבריאות
מנהל מחלקת
רפואת הספורט
אחראי

חתימה



טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה	ת.ז.: 11851912
ת.לדה: 13/01/1965	מין: ג	טלפון: 0747023335	טל. עבודה/נייד: 0544429928
כתובת: 0011851912	הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 23/11/2022

לכבוד דר' לכל המעוניין

ת"ז: 11851912

מרת/ אובזניק דבורה

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ROTATOR CUFF SYNDROME

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תפתח את החזיה מאחורי הגב	01/01/2023		02/10/2022
2. המטופלת תישן על צד ימין	01/01/2023		02/10/2022
3. המטופלת תרקוד סלסה עם יד ימין מובילה ללא כאב או מגבלה	01/01/2023		02/10/2022

טופל החל ה- 02/10/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	41	65
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	5
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרוצה

חתימה



טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		ת.ז.: 11851912	
ת.לידה: 13/01/1965		מין: ג		טלפון: 0747023335		טל. עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045		0011851912			

התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הגיעה לטיפול עקב תאונת עבודה. טופלה עם שיפור משמעותי בכאב.

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: בינה סיון

מכון פיזיותרפיה
מרכז רפואי ראש העין

תאריך: 08/12/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה:



014617

קוד הפניה: 301168840

טלפון: 03-5701135

פקס: 03-5701136

כתובת: ארלזחורב 4, רמת גן

ד"ר אלק דורון

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה	ת.ז.: 11851912
ת.לדה: 13/01/1985	מין: נ	טלפון: 0747023335	טל. עבודה/נייד: 0544429928
כתובת: 0011851912	הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045	

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: כאבים בצוואר לאח ותאונת עבודה

ממצאים: ע"ש צווארי - רגישות עפ"י חוליות ושרירים אחורים ללא חסר מירולוגי, כח גס תקין ושוה דו צדדי, הגבלה בינתיבתנועות העיקר ברוטציות, הכאב מקרין לכתפיים לפיזיותרפיה

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

• HYPERTENSION (07/2022)
• OBESITY (02/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: IDO - 24/10/2022 - סחרחורת והתעלפות

רגישויות לתרופות: הקאות - RESPRIM FORTE 10 - 11/01/2004

DUPLEX 160/10 X28 1X1X90
VITAMIN D3 1000IU X30 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לצוואר - לטיפול בכאבים, חזק שרירים ושיפור טווח תנועות מבקש לקבל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/12/2022 עד תאריך - 06/06/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

08/12/2022

ד"ר אלק
אורטופד מומחה מנתח
מ.ר. 12738 014617

חתימה ותותמת

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.



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 11851912

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובזניק

טל.עבודה/נייד: 0544428928

0747023335

טלפון:

מין: ג

13/01/1965

תלידה:



מיקוד 4804045

הנביאים 42/1, ראש העין

כתובת:

0011851912

סיכום טיפול פיזיותרפיה

23/11/2022

תאריך הפקד:

לכל המעוניין

לכבוד דר'

11851912

ת"ז:

אובזניק דבורה

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ROTATOR CUFF SYNDROME •

מטרות:

תאריך יצירה:

סטטוס

תאריך יעד:

מטרות

02/10/2022

01/01/2023

1. המטופלת תפתח את החזיה מאחורי הגב

02/10/2022

01/01/2023

2. המטופלת תישן על צד ימין

02/10/2022

01/01/2023

3. המטופלת תרקוד סלסה עם יד ימין

מובילה ללא כאב או מגבלה

02/10/2022

טופל החל ח-

מדדי תוצאה:

ציון בביקור
אחרון

ציון בקבלה

שם מדד

65

41

מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)

5

0

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)

גבוה

גביה

Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 5 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

כן

יכולת חזרה לפעילות:

המטרות הושגו במלואן

השגת מטרות הטיפול:

התמדה בהגעה לטיפולים-מרוכזה

מידת שיתוף הפעולה:

חתימה



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה
ת.ל.י.ד.: 13/01/1965	מ.י.נ. ג
תל.י.ד.: 0544429928	טל.עבודה/נייד: 0747023335
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045
0011851912	

התמדה בתרגול עצמי-מרוכה

הגיעה לטיפול עקב תאונת עבודה. טופלה עם שיפור משמעותי בכאב.

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: בינה סיון

מכון פיזיותרפיה
מרכז רפואי ראש העין

קוד הפניה: 301168840

טלפון: 03-6701135

03-6701136 פקד

כתובת: ארלוזורוב 4, רמת גן

ס.ר. גזרם מפנה:



014617

11851912 ::T.T

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובדניק

טל. עבודה/נייד: 0544429928

0747023335

טלפון:

מצין: ב

13/01/1965

ת.ל.ידה:

מזיקות 4804045

הנביאים 42/1, ראש העין

כתובת:

0011851912

מכון פידיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: כאבים בצוואר לאת רתאונת עבודה

ממצאים: ע"ש צוארי - רגישות עפ"י חוליות ושרירים אחורים ללא חסר מיורולוגי, כח גם תקין ושוה דו צדדי, הגבלה בינונית בתנועות העיקר ברוטציות, הכאב מקרין לכתפים
לפיזיותרפיה

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

• HYPERTENSION (07/2022)

• OBESITY (02/2020)

רגישויות: 24/10/2022 - IOD - סחר וחזרת והתעלפות

רגישויות לתרופות: הקאות - RESPRIM FORTE 10 - 11/01/2004

תרופות קבועות:

DUPLEX 160/10 X28 1X1X90
VITAMIN D3 1000IU X30 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90

מעשנת : לא

ס'בת ההפניה: פיזיותרפיה לצואר - לטיפול בכאבים, חזקת שרירים ושיפור טווח תנועות
מבקש לקבל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/12/2022 עד תאריך - 06/06/2023

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

08/12/2022

תאריך

ד. אלק
מורטוואל מונחה
מ.ר.מ. 14617
12738

חסימה וחוסמת

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.

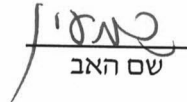
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.

במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

 שם האב	01851912 תעודת זהות	צפורה שם פרטי	 שם משפחה
_____	_____	_____	_____
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
_____	_____	_____	רחוב

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 וויתור 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X 

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אלכסנדר פתני, מרחוב מס' 12,
ת.ז. מס' 01851912, מרחוב מס' 12,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי 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, 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 של 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 החלטה 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 רושם 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.

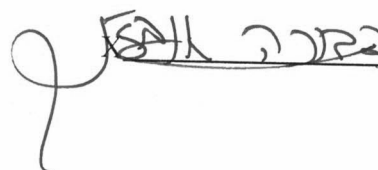
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין