בבית משפט השלום ת.א. 20/

ברחובות

התובעים: **1. דוד חג'מי, ת.ז. 300661451**

2. אלינור חג'מי, ת.ז. 201147998

מרחוב מבצע שלמה 6, הוד השרון

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל': 7412358 - 03, פקס: 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעים: **1. דוד חג'מי, ת.ז. 300661451**

2. הראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, רמת גן

מהות התביעה: נזיקין - נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה – 1975.

סכום התביעה: אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

כתב תביעה

1. התובע 1, היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ.ר. 69-76-378(להלן: "**הרכב**").

2. התובעת 2 היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ו/או המשתמשת ברכב (להלן: "**הרכב**").

3. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

4. בתאריך 5.7.19 היה הרכב מעורב בתאונה והתובעים 1 – 2 נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב טופס הודעה על תאונה, אישור בדבר הגשת תלונה, תעודת ביטוח חובה וצילום ר"נ מסומנים "1 – 6" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

התובע 1:

5. לאחר התאונה משהחמירו כאבי הראש והכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר, פנה התובע לקבלת טיפול בקופת החולים, ניתנו לו משככי כאבים והוא הופנה להמשך מעקב רפואי ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "7 – 8" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. התובע הופנה לביצוע בדיקת הדמיה שכוונה לעמ"ש הצוואר ונוכח הימשכות הכאבים כמו גם הימשכות כאבי ראש מלווים בסחרחורות הופנה התובע להמשך מעקב וביצוע טיפולי פיזיותרפיה וסטיבולריים.

7. משהתעורר חשד לתסמונת בתר חבלתית ניתן לתובע טיפול תרופתי להרגעה, זאת, במקביל לביצוע מעקב רפואי נוירולוגי וביצוע בדיקות הדמיה נוספות.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "9 – 27" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. מאז התאונה סובל התובע, מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר, מכאבי ראש, סחרחורות וחוסר יציבות, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמת משאות, מחרדה ומצב פוסט טראומטי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

9. התובע 1, גנן בעיסוקו, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעבודה פיזית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

10. מאז התאונה, מוגבל התובע בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע להוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות ויזדקק להן גם בעתיד.

התובעת 2:

12. התובעת שהייתה בשבוע 35 להריונה, נבדקה במסגרת קופת החולים, בין היתר, ע"י רופאת נשים. ושוחררה לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני בהמלצה להמשך מעקב רפואי אורתופדי ובתחום רפואית הנשים במידת הצורך ומנוחה.

13. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, עם הקרנת הכאבים לגפיים, הונחתה למרוח משחת וולטרן להרגעה ומנוחה. יצויין כי מחמת היותה בהריון לא התאפשר לה לבצע בדיקות הדמיה וליטול משככי כאבים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**28 – 34**" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

14. התובעת ילדה בשעה טובה, אולם המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ולביצוע בדיקת הדמיה.

15. בדיקת הדמיה שביצעה וכוונה לעמ"ש צווארי הדגימה בלטי דיסק אחורי עם לחץ קל על השק בגבהים C5-C2. משכך ונוכח הכאבים העזים וההגבלה בתנועות עמ"ש צווארי הוחלט להפנותה למרפאת כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**35- 42**" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

16. מאז התאונה סובלת התובעת 2 מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים העליונים ולגפה תחתונה משמאל, מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בהרמה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מכאבים וקושי בריכוז ובשינה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

17. התובעת 2, עוסקת בתחום הקוסמטיקה, היופי ואסתטיקה פארא-רפואית, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, הפעלת הצוואר וביצוע תפקודים ידניים, מתקשה בביצוע עבודתה ונגרמו לה הפסדי שכר.

18. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה הקשות מתקשה התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות ופשוטות, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

19. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות.

20. <u>להלן פירוט נזקי התובע 1</u>:

א. <u>נזק מיוחד</u>:

1) הפסדי השתכרות בעבר -	45,000 ₪
2) עזרת הזולת בעבר -	8,000 ₪
3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר -	10,000 ₪
4) הוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות -	12,000 ₪

21. <u>להלן פירוט נזקי התובעת 2</u>:

ב. <u>נזק מיוחד</u>:

1) הפסדי השתכרות בעבר -	35,250 ₪
2) עזרת הזולת בעבר -	15,000 ₪
3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר -	11,500 ₪
4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר –	8,500 ₪

ג. <u>נזק כללי לתובעים 1 -2</u>:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 - 2 פיצוי הולם בגין נזקיהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של התובעים 1 - 2, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) שימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 -2.

22. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים 1 - 2 בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.

24. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה לפצות את התובעים, כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים

1

משטרת ישראל

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

יחידה	תחנת מסובים דן			מספר תיק	2020 / 87944
תאריך	27/02/2020 ב' אדר תש"פ	14:31		פלא	
מס' תיק מסוף	5 - 2020 - 919 - 2370			סיווג תיק	ת.ד. כללי
טלפון	03-5384422			מס' מסמך בתיק	
כתובת	אור יהודה, דרך לוד			פקס	036803657
נושא המסמך				מייל	

1. תאריך התאונה: 05/07/2019 בשעה 13:14

2. מקום התאונה: רמת גן צומת רחוב דרך שיבא עם רחוב אלוף שדה בכביש עירוני

הערות מקום:

3.פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
3787669	פרטי נוסעים	פורד גרמניה

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הראל	8017067201	ישראלית

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג	300661451	חג'מי דוד	23/01/1987

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הוד השרון, מבצע שלמה 6	קופ"ח מכבי	

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
2)	נוסע	201147998	חג'מי אלינור	16/03/1989

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הוד השרון, מבצע שלמה 6	קופ"ח כללית	

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4069063	פרטי נוסעים	ניסאן אנגליה

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג	52991742	גרין איתי	06/04/1982

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
שוהם, מצפה 17		

4. פרטי הולכי רגל:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)				

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

5. כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 27/02/2020

מ"א	שם משפחה	שם פרטי

2

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
901462	באלי	ניצנה

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
901462	רסב	באלי	ניצנה

משטרת ישראל
27-02-2020
חקירות מסרבים

3

משטרת ישראל

אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

יחידה	תחנת מסובים דן	מספר תיק פלא	2020 / 87944
תאריך	27/02/2020 ב' אדר תש"פ 14:32	סיווג תיק	ת.ד. כללי
מס' תיק מסוף	5 - 2020 - 919 - 2370	מס' מסמך בתיק	
טלפון	03-5384422	פקס	036803657
כתובת	אור יהודה, דרך לוד	מייל	
נושא המסמך			

הריני לאשר שבתאריך 27/02/2020 בשעה 14:24 ביחידת המשטרה: תחנת מסובים דן

הודיע (ה) מר/גב': דוד חג'מי מס' ת"ז/מס' תאגיד: 300661451

על:

ת.ד

בתאריך: 05/07/2019 בשעה 13:14 במקום האירוע: רמת גן צומת רחוב דרך שיבא עם רחוב א

תיאור הרכב: פרטי נוסעים

לוחית: ישראלית מספר רכב: 3787669 תוצר: פורד גרמניה

תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:

הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.

משטרת ישראל
חותמת יחידת המשטרה
27-02-2020
תקירות מסובים

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
901462	רס"ב	באלי	ניצנה

הופק בתאריך: 27/02/2020 בשעה 14:32 חתימה:

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח

4

משטרת ישראל

אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

יחידה	תחנת מסובים דן	מספר תיק פלא	2020 / 87944
תאריך	27/02/2020 ב' אדר תש"פ 14:32	סיווג תיק	ת.ד. כללי
מס' תיק מסוף	5 - 2020 - 919 - 2370	מס' מסמך בתיק	
טלפון	03-5384422	פקס	036803657
כתובת	אור יהודה, דרך לוד	מייל	
נושא המסמך			

הריני לאשר שבתאריך 27/02/2020 בשעה 14:24 ביחידת המשטרה: תחנת מסובים דן

הודיע (ה) מר/גב': אלינור חג'מי מס' ת"ז/מס' תאגיד: 201147998

על:

ת.ד

בתאריך: 05/07/2019 בשעה 13:14 במקום האירוע: רמת גן צומת רחוב דרך שיבא עם רחוב א

תיאור הרכב: פרטי נוסעים

לוחית: ישראלית מספר רכב: 3787669 תוצר: פורד גרמניה

תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:

הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.

משטרת ישראל
27-02-2020
חקירות מסובים

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
901462	רסב	באלי	ניצנה

הופק בתאריך: 27/02/2020 בשעה 14:32 חתימה:

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח

5

הראל
ביטוח ופיננסים

קוד מוטב: 62-00397

הודעת דיבוי

לתשלום בבנק

מספר מתעודה: 08974694

(1) מספר הפוליסה: 8017067201/19 | מספר פנימי | מספר רישוי: 37-876-69 | 4

פרטי בעל הפוליסה והרכב
דוד הלמי אל'נור
מבצע משה 6/00000 | הוד השרון 4530116

מספר צוות/ח"פ: 201147998

סוג הרכב	M-1	דגם	729045	שם היצרן	פורד פיאסטה טרנ
מספר שלדה	57760	נפח מנוע/משקל	1388	מספר מוסעים	כחוק	שנת יצור 2009

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1

מטרות השימוש המותרות: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1

תאריך הדפסה ושעת הדפסה
08:48 26/12/2018

פרטי הסוכן
355461 | מחוז | צוות
פאשה רחל | 81 | 131

תוקפות הבנק
הראל חב'לבטוח בע"מ
שולם בל"ל סניף 800
חשבון 809300-97
26/12/2018 08:48
04441714

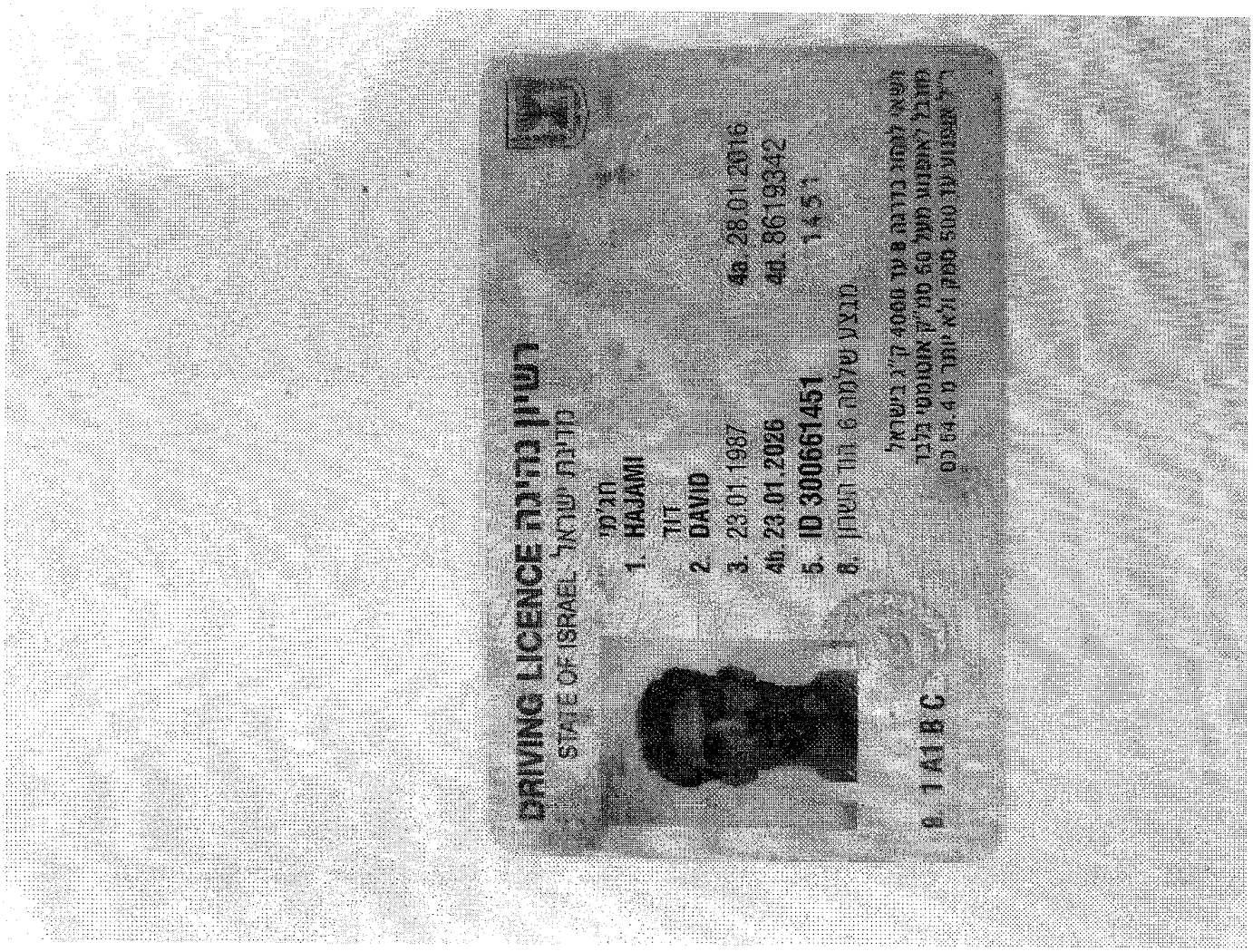
(2) בנק הדואר חש' 8-62003-9 במזומן בלבד

(3) סכום דמי הביטוח בש"ח: 1,325

מועד תחילת הביטוח:
אל לא לפני 01/01/2019
מועד סיקעות הביטוח 31/12/2019 חצות

08974694 62-00397 000000000

6


DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל
מס'מ
1. HAJAMI
דוד
2. DAVID
3. 23.01.1987
4a. 28.01.2016
4b. 23.01.2026
4d. 8619342
5. ID 300661451
1451
8. 1 A1 B C

7

הודפס בתאריך: 25/02/2020 11:43
הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 09/07/2019 11:56:50

רישום ביקורים
חג'מי דוד; ת.ז.: 300661451; גיל: 33.1

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00115252492

שם רופא/ה: ד"ר פרסקי אולג תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ופלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רושם לוריקוצלה קל מצד ימין, רגישות עם רושם לבקע קטן במפשעה מצד שמאל

VARICOCELE	M/P		
HERNIA INGUINAL	M/P		
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS			

99935	US איברים
LAB000	בדיקות מעבדה
99942	מכון רנטגן

CATAFLAM 50MG X 10	1	Tab.	2	לבליעה	5	1		M	N	N	9289	0	טבליה
KETOSPRAY 25G		Spr.	4	לרסס	5	1		M	N	N	40168	0	

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

I 1335700

שם רופא מפנה: פרסקי אולג

בדיקות דימות ובדיקות מיוחדות
חג'מי דוד; ת.ז.: 300661451; גיל: 33.1

סטאטוס: חדש

מספר הפניה אלקטרונית: MAO1807201900040

פעגות: כן

שם המפענח: רוסלס איזבלה

מכון:

משוב - קריית אונו

רנטגן

תאור הבדיקה:

צילום ע"ש צוואר'

אישור התשובה

סטטוס אישור צפייה: 1 - אושר

תאריך אישור: 22/07/2019 **שעת אישור:** 15:12:07

שם רופא מאשר: ד"ר פרסקי אולג

אושר במערכת: 1- קליקס

10

משוב שרותי רנטגן והדמיה בע"מ
מכון רנטגן משוב קרית אונו

מס' תיק נבדק: 1110201
18/07/2019

תאריך:

מס' ביקור:964885

לכבוד: **קופ"ח מכבי -**

ד"ר פרסקי אולג

הנדון: תג'מי דוד, מין: **ז** גיל:32 שנים ו-6 חודשים ת.ז: 300661451 כתובת: הוד השרון בן גמלא יהושע 39 44443533-05

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 17/07/2019 :

<u>סיבת ההפניה:</u> כאבים.

<u>צ. ע"ש צווארי.</u>

מרווחים בין חולייתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

אין תמט חוליה.

<u>לסיכום:</u> כמתואר.

...

11

בברכה

ד"ר רוסלס איזבלה

מ.ר. 25598

מ.ר.מ 17113

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקליד/ה: סימה גולן

טכנאי מבצע: מיכאל אלישביץ

צילום בוצע בסניף: משוב קרית אונו

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00117997297

שם רופא/ה: ד"ר פרסקי אולג תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ALLERGIC RHINOSINUSITIS			

[illegible]	[illegible]
בדיקות מעבדה	LAB000
בדיקות מעבדה	LAB000

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1335700

30/10/2019 תאריך הדפסה:

13

מ.ר גורם מפנה

0328820964 092913

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר פרסקי אולג

תחום שירות: מומחה ברפואה פנימית

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246 קוד הפניה: 147405344

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי שם פרטי: דוד ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 מין: ז טלפון: 0544443533 טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון מיקוד 4532246

0300661451

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צוואר בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת פריפרית בעיקר בשעות לילה

אבחנה:

- ALLERGIC RHINOSINUSITIS
- SMOKER TOBACCO
- VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL
- PARESTHESIA

בעיות ידועות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

תרופות קבועות:

RELVAR 92/22 X30 1X1X30

עשנ/ת: כן

יבת ההפניה: מופנה לטיפול פיזיותרפי וסטיבולרי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/10/2019 עד תאריך - 27/04/2020

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

30/10/2019

תאריך

מכבי שירותי בריאות
ד"ר פרסקי אולג
רופא פנימית
מ.ר. 30593

חתימה וחותמת

ת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפולי המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים
ים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
ל כרוך בתשלום רבעוני ,נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
ה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

שום ביקורים
ג'מי דוד; ת.ז.: 300661451; גיל: 32.9

הודפס בתאריך: 30/10/2019 09:42
הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 30/10/2019 09:38:19

14

גיל: 32.9 מספר ביקור: 00122866859

שם רופא/ה: ד"ר פרסקי אולג התמחות: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צוואר בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת פריפרית בעיקר בשעות לילה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ALLERGIC RHINOSINUSITIS			
SMOKER TOBACCO			
VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL			
PARESTHESIA			

בדיקות/הפניות	קוד
מכון	99919
מכון פיזיותרפיה	F1003
גמילה מעישון	F1001

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

15

הודפס בתאריך: 25/02/2020 11:44
הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 12/12/2019 17:55:59

רישום ביקורים
חג'מי דוד; ת.ז.: 300661451; גיל: 33.1

גיל: 32.10 מספר ביקור: 00126460592

שם רופא/ה: ד"ר פרסקי אולג תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 30/10/2019:
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה
אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני שנרדם למספר שניות,
לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם - אין התקפים
בפיזיותרפייה לא התרשמו ממרכיב פריפרי.
תמונה לא ברורה לי.
מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ALLERGIC RHINOSINUSITIS			
SMOKER TOBACCO			
VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL			
PARESTHESIA			

[illegible]	[illegible]
LAB000	בדיקות מעבדה
CON20	התייעצות מומחה - נוירולוגיה

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FOLIC ACID MAC 5MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		M	N	N	70128	0	טבליה
CLONEX 0.5MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		M	N	H	502	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1335700

16

תאריך הדפסה: 27/02/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר.גורם מפנה

0314509373 032058

ד"ר מרמלשטיין ילנה

מירולוגיה

התמחויות:

מומחית במירולוגיה

טלפון: 03-6325654 1-700-50-53-53

פקס: 036320129

כתובת: דרך העצמאות 40, יהוד-מונוסון ("מרפאת מומחים" קומה 2 חדר 205א')

קוד הפניה: 164235418

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי **שם פרטי:** דוד **ת.ז.:** 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 **מין:** ז **טלפון:** 0544443533 **טל.עבודה/נייד:** 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון **מיקוד** 4532246

0300661451

מכון EEG

גורם משלם: 5 תאוגת דרכים

שם המכון: מכבי השלום - יגאל אלון 96 תל אביב 03-7614080

תלונות: בן 33, לאחר תד. עם צליפת שוט. מאז אירועי ורטיגו ללא הסתמנות נוספת, עד מס' פעמים בשבוע. לסירוגין רעד תמחתי ופעולה בידיים

ממצאים: בדיקה נוירולוגית כולל פונדוס תקינה

אבחנה:

- VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL posttraumatic
- TREMOR
- FOLIC ACID DEFICIENCY

בעיות ידועות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -

מעשן/ת : כן

הבדיקה הדרושה: EEG בערנות

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

27/02/2020

תאריך

מרכז רפואי ע"ש חיים שיבא
תל השומר
ד"ר ילנה מרמלשטיין
מ.ר. 32058 מ.ר.מ. 20911
מומחית בנוירולוגיה

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/02/2020 עד תאריך - 25/08/2020

17

תאריך הדפסה: 08/04/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

0328820964 092913

קוד הפניה: 168197426

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי שם פרטי: דוד ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 מין: ז טלפון: 0544443533 טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון מיקוד 4532246

0300661451

US איברים

תלונות: לאחרונה צרבות, GERD
כמו כן - כאבים במותן שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך נבקש גם US כליות

אבחנה:
- GERD
- FLANK PAIN

מעשנ/ת : כן

בעיות ידועות:
- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

[redacted]

כליות ודרכי השתן - 5256

שאלה למבצע הבדיקה: אבן? ממצא אחר?

** גא להצטייד בכרטיס מגנטי **

08/04/2020

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

- צום של 4 שעות לפני הבדיקה.
- במשך שעתיים לפני הבדיקה יש לשתות 4 כוסות מים פושרים (כוס מים כל חצי שעה).
- אין להטיל שתן (יש להגיע עם שלפוחית מלאה).

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/04/2020 עד תאריך - 05/10/2020

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

18

תאריך הדפסה: 08/04/2020

מ.ר גורם מפנה

092913

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

קוד הפניה: 168197685

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי | שם פרטי: דוד | ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 | מין: ז | טלפון: 0544443533 | טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון | מיקוד 4532246

0300661451

התייעצות מומחה

אורתופדיה - במכבי

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 30/10/2019:
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנת הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה
אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני שנרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם
- אין התקפים
בפיזיותרפייה לא התרשמו ממרכיב פריפרי.
תמונה לא ברורה לי.
מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD
08/04/2020
לאחרונה צרבות, GERD
כמו כן - כאבים במותן שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך נבקש גם US כליות
נבדק ע"י נוירולוג, הומלץ על EEG
לא נבדק ע"י אורתופד

- GERD
- FLANK PAIN
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשן/ת: כן

בעיות ידועות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -

מטרת ההפניה: אודה להמלצתך לגבי המשך הטיפול והמעקב הנדרש;
בברכה;

תאריך הדפסה: 07/05/2020

מ.ר גורם מפנה

0022483580 028143

קוד הפניה: 170593146

מכבי שירותי בריאות

דר' ינקו משה

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונו (קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי שם פרטי: דוד ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 מין: ז טלפון: 0544443533 טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, רחוב השרון מיקוד 4532246

0300661451

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ברקע-ללא מתלות כרונית וללא צריכת תרופות קבועות. לא ידועה אלרגיה או רגישות תרופתית. ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.
מספר על תאונה עם רכב שפגע מאחורי רכבו - ללא בעיה משמעותי עד לאחר מס' ימים - החל להרגיש רדימות של הידיים לאורכן
- דן צדדית - בא והלך , יש קשר למנח הזרועות והצוואר. נוירולוג בדק והעלה חשד ל PTSD, במקביל שלח ל EEG.
מספר על בדיקת EMG שעבר - נמצאה לדבריו תקינה , עובד פידית ,
עבר גם CT צוואר - ללא ממצא חריג.

ממצאים: במצב כללי טוב; ניוד שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס.
חיצונית -ללא ממצא אקוטי/חריף לקוי (ללא אודם;נפיחות או חום מוגבר) . בדיקת הצוואר-ציר ישר, ללא כאב על התחליות;מבנה סימטרי.
טווחים-רוטציות-70-80 מע' לכל כוון ; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נוירולוגית של הזרועות;תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן וטרמנר- שליליים) טינל חיובי דו"צ , פאלן חיובי דו"צ .

אבחנה:
- CARPAL TUNNEL SYND Bi-Lateral Chronic
?
- ROAD ACCIDENT

בעיות ידועות:
- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -

מעשן/ת : כן

סיבת ההפניה:"תעלה קרפלית (CTS): נא התמקדות להפחתת הלחץ בתוך התיעלה ע' תרגול פסיבי ואקטיבי למתיחות אחוריות של התעלה הקרפלית = אקסטנציה. נא טיפולים מקומיים לאזור התעלה בנוגדי דלקת ואלקטרוטרפיה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/05/2020 עד תאריך - 03/11/2020

**"נא להגיע עם מסמכים רלוונטים"

07/05/2020

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*, תורים לטיפולי 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.

גיל: 33.3

שם רופא/ה: דר' ינקו משה

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 048201

תלונות: ברקע-ללא מחלות כרוניות וללא צריכת תרופות קבועות. לא ידועה אלרגיה או רגישות תרופתית. ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.
מספר על תאונה עם רכב שפגע מאחורי רכבו - ללא בעיה משמעותי עד לאחר מס' ימים - החל להרגיש רדימות של הידיים לאורכן - דו צדדית - בא והולך , יש קשר למנת הזרועות והצוואר. נוירולוג בדק והעלה חשד ל PTSD, במקביל שלח ל EEG,
מספר על בדיקת EMG שעבר - נמצאה לדבריו תקינה , עובד פיזית ,
עבר גם CT צווארי - ללא ממצא חריג.

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תאריך תאונת דרכים:

ממצאים: במצב כללי טוב; ניוד שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/ תפקודי גס.
חיצונית -ללא ממצא אקוטי/חריף לקוי (ללא אודם;נפיחות או חום מוגבר) , בדיקת הצוארציר ישר. ללא כאב על החוליות;מבנה סימטרי.
טווחים-רוטציות-70-80 מע' לכל כוון ; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נוירולוגית של הזרועות;תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן וטרמנרשליליים) טינל חיובי דו'צ , פאלן חיובי דו'צ .

דיון ואבחנה מבדלת: על פי הממצאים המתגלים בסיפור האנמנסטי ובבדיקה הפיזיקאלית; הסימנים מורים על כאבים וכימולים / רדימות ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.
נבקש השלמת מלא הברור הנוירולוגי , הפחתת עומסים על הכפות ידיים, ביצוע פיזיוטרפיה , לחזור למעקב , נבקש הקפדה על:

CARPAL TUNNEL SYND			
ROAD ACCIDENT	Bil	Chr	?

F1003	

מכון פיזיותרפיה

המלצות למטופל:
* מנוחה מכל מאמץ עד לשיפור משמעותי של הכאבים (ללא פעילות המעוררת כאב!) .
* משחה (פיזיקאר/וולטרן ג'ל; בנגיי; רדיאן B) להמשיך את השימוש עד לשיפור משמעותי בכאבים- מריחה של שכבה משמעותית על אזור הכאב כ 3 פעמים ליממה; עיסויי עדין בלבד; והמתנה לספיגה של כ 20-30 דקות.
* קומפרסים חמים על אזור הכאב-ל 10 דקות כל פעם-להמנע מחימום יתר. ושורשי כפות הידיים
* לפיזיוטרפיה תפקיד מכריע על תהליך הריפוי על כן יש לנהוג במדויק על פי ההנחיות הפיזיוטרפיות שינתנו על מנת להבטיח השפעה מירבית. בנוסף על המטופל לתרגל באופן קבוע גם בבית.

CTS- או "תסמונת התעלה הקרפלית" הינה תופעה שכיחה ומוכרת. מדובר על היוצרותו של לחץ בתעלה צרה בשרש כף היד שבה עוברים גידים והעצב המדיאני.הלחץ על העצב גורם לכאב. ישנן מספר סיבות המעלות את הלחץ בתעלה הצפופה בלאו הכי (פעילות פיזית אינטנסיבית או ממשכת-דלקת הצטברות נוזלים;שינויים גרמיים של דפנות התעלה ועוד) חשוב לציין שרוב המקרים חולפים ע"י טיפול שמרני בלבד לאחר מס' שבועות(הגבהה ומתיחות לאחור של כפות הידיים; וטיפול נוגד דלקת)

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

פירוט:לחזור עם ה EMG וסיכום חוות דעת הנוירולוג

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 02/07/2020

מ"ר נורם מפנה

092913

21

ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222
פקס: 073-2284246
כתובת: אופירה 1, אור יהודה

קוד הפניה: 177684650

פרטי הנבדק:

0300661451

שם משפחה: חג'מי | שם פרטי: דוד | ת.ז.: 300661451
ת.לידה: 23/01/1987 | מין: ז | טלפון: 0544443533 | טל.עבודה/נייד: 0544443533
כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון | מיקוד 4532246

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה • במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 31/05/2020:
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2020:
ביקור חוזר מתאריך 30/10/2019:
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה
אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני שנרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם
- אין התקפים
בפיזיותרפייה לא התרשמו ממרכיב פריפרי.
תמונה לא ברורה לי.
מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD
08/04/2020
לאחרונה צרבות, GERD
כמו כן - כאבים במותן שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך נבקש גם US כליות
נבדק ע"י נוירולוג, הומלץ על EEG
לא נבדק ע"י אורתופד
31/05/2020
נבדק ע"י אורתופד - על פי הממצאים המתגלים בסיפור האנמנסטי ובבדיקה הפיזיקאלית; הסימנים מורים על כאבים ונימולים / רדימות ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.
נבקש השלמת מלא הברור הנוירולוגי, הפחתת עומסים על הכפות ידיים, ביצוע פיזיוטרפיה, לחזור למעקב.
++++++++++++++++++
טרם הוחל טיפול בפיזיו, קיבל הסבר ממני גם לגבי מצבו, דקומפרסיה של CTS עם טיפול מקומי
02/07/2020
עבר בדיקת EEG ערות - הבדיקה היא תקינה - חוזרים למעקב נוירולוגי
כמו כן - מבחינת בעיות בקרסול, וביטוים של CTS - בדיקה חוזרת של אורתופד

• GERD
• FLANK PAIN
• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
• CARPAL TUNNEL SYNDROME

ות: כן

ידועות:

• FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
• COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

22

תאריך הדפסה: 02/07/2020

מ.ר נורס מפנה

092913

קוד הפניה: 177684650

מכבי שירותי בריאות

...אולג
...שפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

0300661451

שם משפחה: **חג'מי**		שם פרטי: **דוד**		ת.ז.: 300661451	
ת.לידה: 23/01/1987	מין: ז	טלפון: 0544443533		טל.עבודה/נייד: 0544443533	
כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון				מיקוד 4532246	

התייעצות מומחה

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -
31/05/2020 - לא ידוע -

מטרת ההפניה: אודה להמלצתך לגבי המשך הטיפול והמעקב הנדרש;
בברכה;

02/07/2020 ** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ. חתימה וחותמת הרופא

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/07/2020 עד תאריך - 29/12/2020

דיר פרטי/אולג
מומחה ברפואה פנימית
ת.ז. 1929 מ.ר. 3 ...

23

סיכום תיק - רופא משפחה
חג'מי דוד; ת.ז.: 300661451; גיל: 33.5

הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג

פרטים אישיים

ת"ז: 300661451 שם: חג'מי דוד

גיל: 33.5 מ.משפחתי: רווק

רופא קבוע: דר' רדוצקי מרק באופירה 1, אור יהודה

הצג נתוני זכאות זכאי

מין: ז טל: 0544443533 נייד: 0544443533

סוג ביטוח: מכבישלי ת.הצטרפות: 05/12/2013

לחצ'י כאן לשינוי הרופא הקבוע

פרטי קשר אין מידע

תרופות קבועות

ביקור אחרון

02/07/2020:-משפחה, פנימית וכללית - ד"ר פרסקי אולג—

תלונות:

ביקור חוזר מתאריך 31/05/2020:
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2020:
ביקור חוזר מתאריך 30/10/2019:
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה
אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני
שנרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם - אין
התקפים
בפיזיותרפייה לא התרשמו ממרכיב פריפרי.
תמונה לא ברורה לי.
מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD
08/04/2020
לאחרונה צרבות, GERD
כמו כן - כאבים במותן שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך נבקש גם
US כליות
נבדק ע"י נוירולוג, הומלץ על EEG
לא נבדק ע"י אורתופד
31/05/2020
נבדק ע"י אורתופד - על פי הממצאים המתגלים בסיפור האנמנסטי
ובבדיקה הפיזיקאלית; הסימנים מורים על כאבים ונימולים / רדימות
ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.
נבקש השלמת מלא הברור הנוירולוגי, הפחתת עומסים על הכפות
דיים, ביצוע פיזיוטרפיה, לחזור למעקב.
++++++++++++++++++
ורם הוחל טיפול בפיזיו, קיבל הסבר ממני גם לגבי מצבו, דקומפרסיה של
CT עם טיפול מקומי
02/07/202
בר בדיקת EEG ערות - הבדיקה היא תקינה - חוזרים למעקב נוירולוגי
מו כן - מבחינת בעיות בקרסול, וביטוים של CTS - בדיקה חוזרת של
רתופד

בעיות ידועות

אחר
- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

רגישויות (31/05/2020)

נוספות
אחר לא ידוע
לא ידוע

גורמי סיכון

עישון: 31/05/2020-כן

BMI: 29.7 (05/2020)

טיפולים

דר' סתיו דוד-27/12/2018
SPIROMETRYSPIROMETRY- INTERPRETATION

ד"ר חמצני יניב-30/11/2018
ENDOSCOPY-ENT IN DOCTOR'S ROOM

דר' סתיו דוד-25/10/2018
SPIROMETRYSPIROMETRY- INTERPRETATION

דר רחל גינגולד-12/10/2018
COLONOSCOPY IN MACCABI

ד"ר סגל צבי-25/09/2017
LIQUID NITROGEN

092913

24

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222
פקס: 073-2284246
כתובת: אופירה 1, אור יהודה

קוד הפניה: 177684650

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי שם פרטי: דוד ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 מין: ז טלפון: 0544443533 טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון מיקוד 4532246

0300661451

התייעצות מומחה

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -
31/05/2020 - לא ידוע -

מטרת ההפניה: אודה להמלצתך לגבי המשך הטיפול והמעקב הנדרש;
בברכה,

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

02/07/2020

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליוצץ.

חתימה וחותמת הרופא

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/07/2020 עד תאריך - 29/12/2020

25

092913

מרפאת: פנימית ג.ר.ל

התמחויות:

מומחה: ברפואה פנימית

קוד הפניה: 177634650

טלפון: 03-5367222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי שם פרטי: דוד ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 מין: ז טלפון: 0544443533 טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, אור השרון מיקוד 4532246

0300661451

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 31/05/2020:
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2020:
ביקור חוזר מתאריך 30/10/2019:
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2019:
בן 32, בריא
בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים
עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרוטום מצד ימין ואשך ימין
כמו כן - ב05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צוואר בלבד
לפני ניתוח FESS
30/10/2019
מופנה לסדנה הפסקת עישון
לאחרונה אירועים של סחרחורת פריפרית
כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה
אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני שנרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם
- אין התקפים
בפיזיותרפייה לא התרשמו ממרכיב פריפרי.
תמונה לא ברורה לי.
מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD
08/04/2020
לאחרונה צרבות, GERD
כמו כן - כאבים במותן שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך נבקש גם US כליות
נבדק ע"י נוירולוג, הומלץ על EEG
לא נבדק ע"י אורתופד
31/05/2020
נבדק ע"י אורתופד - על פי הממצאים המתגלים בסיפור האנמנסטי ובבדיקה הפיזיקאלית; הסימנים מורים על כאבים ונימולים / רדימות ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.
נבקש השלמת מלא הברור הנוירולוגי , הפחתת עומסים על הכפות ידיים, ביצוע פיזיוטרפיה , לחזור למעקב.
++++++++++++++++++
טרם הוחל טיפול בפיזיו, קיבל הסבר ממני גם לגבי מצבו, דקומפרסיה של CTS עם טיפול מקומי
02/07/2020
עבר בדיקת EEG ערות - הבדיקה היא תקינה - חוזרים למעקב נוירולוגי
כמו כן - מבחינת בעיות בקרסול, וביטוים של CTS - בדיקה חוזרת של אורתופד

- GERD
- FLANK PAIN
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- CARPAL TUNNEL SYNDROME

כן

עות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

26

משפחתון, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

תאריך הדפסה: 02/07/2020

מ.ר נורם מפנה

092913

קוד הפניה: 177684778

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

0300661451

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: דוד

ת.ז.: 300661451

ת.לידה: 23/01/1987 **מין:** ז

טלפון: 0544443533

טל.עבודה/נייד: 0544443533

כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון

מיקוד: 4532246

התייעצות מומחה

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -
31/05/2020 - לא ידוע -

מטרת ההפניה: אודה להמלצתך לגבי המשך הטיפול והמעקב הנדרש;
בברכה;

02/07/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

חתימה וחותמת הרופא

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/07/2020 עד תאריך - 29/12/2020

הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 07/06/2020 12:09:10

תאריך ביצוע: 07/06/2020

27

שעת ביצוע: 12:09

#

שם: ויקטוריה פרמן

תאריך רישום: 07/06/2020

סוג הבדיקה:

אחר

E.E.G ערות

תלונות החולה:

סחרחורת
רעידות

ממצאי הבדיקה:

בעירנות נקלטה פעילות רקע אחורית מסוג אלפא בתדירות של 10-9.5 מ/שנ', סימטרית. על פני האזורים הקדמיים נקלטה פעילות בטא סימטרית.
ללא שינוי בנשימת יתר ובגירוי אור.
לא נקלטה פעילות אפילפטיפורמית.
לסיכום: תרשים תקין.

פרופ' גנדלמן, מומחית לנוירולוגיה

הערות:

תרשים ערות-נישום יתר ופוטיק ו.פ.

FLANK PAIN
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
CARPAL TUNNEL SYNDROME

פרוטה:

התייעצות מומחה - אורתופדיה
התייעצות מומחה - נוירולוגיה

תרופות פעילות נוספות

- OPTALGIN 500MGX15ML
- VOLTAREN FORTE GE 2.32%X100G

28

רישום ביקורים
חג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

גיל המטופל: 30.03

תאריך ביקור: 08/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 05/07/2019

מהות הביקור: רגיל

סימנים חיוניים

גובה: 156 נמדד ב: 14/05/2019

משקל: 82.3 נמדד ב: 02/07/2019

B M I: 33.82

לחץ דם: 73 / 109 נמדד ב: 15/05/2019 דופק: 102 נמדד ב: 15/05/2019

eGFR: **133.71** מתאריך: 04/06/2019

ממצאים: הייתה מעורבת בתאונת דרכים במכונית ונחבלה קלות בגב הייתה חגורה .בהריון שבוע 35 נבדקה אתמול עי רופאת נשים ההריון תקין
בדיקת אוזניים אודם קל מימין

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	ב	ק	ת	עד	מ	P	עין
DEXAMETHASONE - NEOMYCIN - POL	2	AUR	טיפות	4	C	10	1	יחידה	N	ר	0		1	L	

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 08/07/2019
רופא מעדכן: ד"ר ברנר אלכסנדר
מס רשיון: 17529
מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל
קוד מרפאה: 5156
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

כללית מחוז דן פ"ת 04-288
ד"ר אלכסנדר ברנר מ.ר. 17529
מרפאת גיל עמל
טל': 09-7628800 פקס: 09-7628801

20

ישום ביקורים
וג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

גיל המטופל: 30.03

תאריך ביקור: 08/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 05/07/2019

מהות הביקור: רגיל

ימנים חיוניים

ובה: 156 נמדד ב: 14/05/2019

משקל: 82.3 נמדד ב: 02/07/2019

B M: 33.82

לחץ דם: 73 / 109 נמדד ב: 15/05/2019 דופק: 102 נמדד ב: 15/05/2019

eGFR: **133.71** מתאריך: 04/06/2019

ממצאים: הייתה מעורבת בתאונת דרכים במכונית ונחבלה קלות בגב הייתה חגורה .בהריון
שבוע 35 נבדקה אתמול עי רופאת נשים ההריון תקין
בדיקת אוזניים אודם קל מימין

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

מחזור	עין	P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
		L	1		0	ר	N	יחידה	1	10	C	4	טיפות	AUR	2	DEXAMETHASONE - NEOMYCIN - POL

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 08/07/2019
רופא מעדכן: ד"ר ברנר אלכסנדר
מס רשיון: 17529
מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל
קוד מרפאה: 5156
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

30

רישום ביקורים
חג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

גיל המטופל: 30.04

תאריך ביקור: 11/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 05/07/2019

מהות הביקור: רגיל

סימנים חיוניים

גובה: 156 נמדד ב: 14/05/2019

משקל: 82.3 נמדד ב: 02/07/2019

B M I: 33.82

לחץ דם: 73 / 109 נמדד ב: 15/05/2019 דופק: 102 נמדד ב: 15/05/2019

eGFR: **133.71** מתאריך: 04/06/2019

ממצאים: כאבים בגב מקרין לרגל שמאל טיפול במשחת וולטארן
~~בבדיקת שתן~~ UTI

אבחנה	איפיון	קוד
ABDUCENS NERVE INJURY		9513

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	נ	ק	ח	עד	מ	P	עין
ZINNAT 250MG TAB 250MG	1	TAB	טבליות	2	C	10	20	יחידה	N	ר	0		1	L	

מחזור

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 11/07/2019
רופא מעדכן: ד"ר ברנר אלכסנדר
מס רשיון: 17529
מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל
קוד מרפאה: 5156
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

כללית מחוז דן פ"ת 288
ד"ר אלכסנדר ברנר מ.ר. 17529
מרפאת גיל עמל
טל': 09-7625800 פקס: 09-7625801

131

ביקור אחות
חג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

התמחות: נשים

רופא מטפל: ד"ר ברנר אלכסנד

פרטי רופא נשים מטפל

שם: ד"ר גולד מגידוב טל מרפאה: כפר-סבא

תאריך הביקור: 01/08/2019 גיל: 30.04

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: מרפאה: מוזמן

נוסחה מיילדותית

G	P	PTD	CS	Sa	Aa	Ep	LC
3	1				1		1

תאריך העדכון: 28/12/2018 עודכן ע"י: מירי גמליאל

מקצוע מעדכן: 85 דימות

מיון וויסות מטופלים (טריאז'): לא

בהריון: כן

מטרת הביקור
ביצוע רפואית
טיפול בהריון

פרטי המחזור

הריון מס. 3

שיטת חישוב: וסת אחרונה

הפתעה ב: 17/11/2018

ת.ו. אחרונה: 04/11/2018 נוסחת המחזור: 5 / 30

תאריך ליקה משוער: 10/08/2019 גיל הריון: 38.4

סימנים חיוניים

תאריך	שעה	לחץ דם dias	לחץ דם sys	תנוחת לחץ דם	מיקום מדידת לחץ דם	דופק לדקה	האם סדיר	תאריך מתן הוראה	שם נותן ההוראה
01/08/2019	09:52	68	111	בישיבה	יד ימין	94	סדיר	01/08/2019	ד"ר חנוך שרייבר
01/08/2019	09:51								
01/08/2019	09:55								

משקל: 83.2 ק"ג מתאריך: 30/07/2019

גובה: 156 ס"מ מתאריך: 14/05/2019 BMI: 34.19

32

ביקור אחות
חג'מי אלינור, ת.ז.:00-20114799-8

בדיקות בעמדת אחות נשים

בדיקת שתן בסטיק

שינת ביצוע	האם תקין	קטונים	לויקוציטים	ניטריטים	חלבון	גלוקוז	בילירובין	משקל סגולי	אריטוציטים	אורובילינוגן	H
09:53	כן	שלילי	שלילי	שלילי	שלילי	שלילי	שלילי	1.000	שלילי	שלילי	5

אומדן

אומדן	צפייה
מעקב הריון שוטף	

התערבויות

התערבות סיעודית	צפייה
ניטור סימנים חיוניים	

הדרכה בעת הריון ולידה

התנהגות בריאותית מומלצת בהריון	פירוט
נטילת Folic Acid	נטילת Folic Acid - הומלץ על התוסף בשם פרנטאל בכל תקופת ההיריון. הודרכה לחשיבות נטילת הויטמין במהלך ההיריון להתפתחותו התקינה של העובר. הודרכה שנטילת התוסף מומלצת במשך כל גיל הפוריות וביחוד מהתקופה הטרום הריונית ובשלושה החודשים הראשונים של ההיריון
הפעות שבר	הודרכה למעקב קפדני של תנועות העובר הודרכה לחשיבות ואופן מעקב תנועות עובר וכיצד לנהוג בירידה או חוסר תנועות עובר קיבלה דף הסבר מודפס

הדרכה לביצוע בדיקות	פירוט
ניטור עוברי	ניטור עוברי - בוצע ניטור עוברי בהנחיית רופא

לקראת לידה	פירוט
סימנים מבשרי לידה	הודרכה לסימנים כגון: צירים סדירים, דמם, ירידת מים והדרך לפעול בהופעתם. קיבלה דף הדרכה מודפס.
אחרי	מעקב היריון אחרי שבוע 36: משבוע 36, הודרכה שעליה להגיע למעקב לחץ דם, שתן ומשקל כל שבועיים, ללא צורך בתאזם תור מראש. ניתן להגיע משעה 10:00 בבוקר ועד שעה לפני סגירת המרפאה. אם הגיעה לשבוע 40 וטרם ילדה, הודרכה שעליה להגיע למוניטור עוברי בבית חולים

המשך טיפול ומעקב

המשך טיפול
הפנתה מיידית לרופא נשים
מודמנת לאחות

פרטי העדכון

תאריך רישום 01/08/2019
שם האחות אלמירה פסקין
שם מרפאה: מרכז בריאות האשה כפר סבא
קוד מרפאה: 3298
קוד מחוז: 12

13:03:55 07/10/2019

33

רישום ביקורים
חג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

גיל המטופל: 30.06

תאריך ביקור: 07/10/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סימנים חיוניים

גובה: **156** נמדד ב: **14/05/2019**

משקל: **83.2** נמדד ב: **30/07/2019**

B M I: 34.19

לחץ דם: **68** / **111** נמדד ב: **01/08/2019** דופק: **94** **סדיר** נמדד ב: **01/08/2019**

eGFR: **133.71** מתאריך: 04/06/2019

ממצאים: המטופלת הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתאריך 05\07\19
ממשיכה להתלונן על כאבי גב בעקבות התאונה הקרנה לרגל שמאל
מטופלת באטופן וולטארן

אבחנה	איפיון	קוד
LOW BACK PAIN		7242
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	D	משך	סה"כ	OP	נ	ק	ח	עד	מ	P	עין	מחזורי
ETODOLAC 400MG TAB 400MG	1	TAB	סבליות	2	C	10	20	יחידה	N	ר	0		1	L		

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 07/10/2019
רופא מעדכן: ד"ר ברנר אלכסנדר
מס רשיון: 17529
מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל
קוד מרפאה: 5156
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

כללית מחוז דן פ"ת 04-288
ד"ר אלכסנדר ברנר
מרפאת גיל עמל
טל': 09-7625800 פקס: 09-7625801

34

רישום ביקורים
חג'מי אלינור; ת.ז.:00-20114799-8

גיל המטופל: 30.06

תאריך ביקור: 07/10/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סימנים חיוניים

ובה: **156** נמדד ב: **14/05/2019**

שקל: **83.2** נמדד ב: **30/07/2019**

B M: 34.19

זץ דם: **68 / 111** נמדד ב: **01/08/2019** דופק: **94** **סדיר** נמדד ב: **01/08/2019**

eGFR: **133.71** מתאריך: 04/06/2019

ממצאים: המטופלת הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתאריך 05\07\19
ממשיכה להתלונן על כאבי גב בעקבות התאונה הקרנה לרגל שמאל
מטופלת באטופן וולטארן

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

עין	P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
	L	1		0	ר	Λ	יחידה	20	10	C	2	טבליות	TAB	1	ETODOLAC 400MG TAB 400MG

ירטי עדכון

יך עדכון: 07/10/2019
מעדכן: ד"ר ברנר אלכסנדר
שיון: 17529
ע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל
קוד מרפאה: 5156
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

כללית מחוז דן פ"ת 04-288
ד"ר אלכסנדר ברנר מ.ר. 17529
מרפאת גיל עמל
טל: 09-7625800 פקס: 09-7625801

35

טלפון 09-7625800
פקס 09-7625801
מרפאה: גיל עמל - הוד השרון מחוז: דן-פ"ת

תאריך 2/06/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
חג'מי אלינור	00-20114799-8	31.03	נ	16/03/1989	יעקב

יישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
הוד השרון	החרמון	25	52 - 4626372	9 - 7604931

מספר הפניה ישירה: 35156018702

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
017529	0201147998	035156018702	5156

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד:
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי	10304010

סימנים חיוניים גובה 156 נמדד ב: 14/05/2019 משקל 83.2 נמדד ב: 30/07/2019 BMI 34.19

לחץ דם 68/ 111 נמדד ב: 01/08/2019

דופק 94 נמדד ב: 01/08/2019 סדיר

eGFR 133.71 מתאריך 019

ממצאים עיקריים כאבי צוואר וגב תחתון מופנית לפיזיוטרפיה
מופנית לבדיקת CT עש

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
V828		SCREENING FOR OTHER SPECIFIED CONDITIONS
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/06/2009		OBESITY

הפניה לדימות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

36

BELARA BOX OF 1 OP(M) TAB CF

אים קליניים כאבי צוואר וגב תחתון מופנית לפיזיוטרפיה
מופנית לבדיקת CT עש

ד"ר ברנר אלכסנדר	17529	
שם הרופא	מספר רשיון	התימה וחותמת הרופא

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

37

בתובת אלי כהן, 8 - הוד השרון
טלפון 09-7625800
פקס 09-7625801
מרפאה: ג'יל עמל - הוד השרון מחוז: דן-פ"ת

תאריך 2/06/2020

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לכל השירותים)

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
חג'מי אליגור	00-20114799-8	31.03	ג	16/03/1989	יעקב

יישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
הוד השרון	החרמון	25	52 -4626372	9 - 7604931

מספר הפניה: 35156018701

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
017529	0201147998	035156018701	5156

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

אבחנה משוערת OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

סימנים חיוניים: גובה 156 14/05/2019 משקל 83.2 30/07/2019 bmi 34.19

לחץ דם 68 / 111 01/08/2019

דופק 94 01/08/2019 סדיר

eGFR 133.71 מתאריך /06/2019

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/06/2009		OBESITY

רגישויות
וואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
לא ידועה רגישות לתרופות		

מידע ישן

ס.ה.ר 7

38

קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	ג. פעמים
MINESSE TAB BOX 1X28 CF	1	1 טבליות	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	2 יחידות	ביום
EVRA PAT	1	1 איספלניות	בשבוע
BELARA BOX OF 1 OP(M) TAB CF		0 טבליות	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר ברנר אלכסנדר	17529	

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

לרפואה יועצת

***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי ...

אלינור

39

מרכז רפואי רבין
בילינסון · השרון

מטופל:	אלימלך חג'מי	ת"ז:	20114799-8	ת. ביצוע:	06/08/2020
תאריך לידה:	16/03/1989	גיל:	31 שנים	ת. פיענוח:	06/08/2020
מיקוד מטופל:	מרחב דן - פ"ת (40000)	מין:	נקבה	ת. הדפסה:	06/08/2020
כתובת מטופל:	פרפאת בית עמל (45200)				
רופא מפנה:	אלכסנדר ברנר (17529)				

ט.מ. CT עמוד שדרה צוואר

סיבת ההפניה:
קיבוע הפגיעה במיתשבת / סרוקה

ממצאים:
ס.ס. CT עמוד שדרה צוואר בתאריך 06/08/2020 16:37 מ.ר. 1205003367572 מבצע: רומן קונסטנטינובסקי; תמיר חוגיגסב
ט.מ. CT עמוד שדרה צוואר:

ממצאים
מבדקי בסדום C1-D1.
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים דקים ושוחזרה במישורים שונים.

יישור לordוזיס.
הטבנה הגרמי שמור

בגובה C1-C2:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בגובה C2-C3:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C3-C4:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C4-C5:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C5-C6:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C6-7:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.
בגובה C7-D1:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.

40

בית חולים השרון

דו"ח רדיולוגי

שם הנבדק:	חג'מי אלינור	תאריך לידה:	16/03/1989
תעודת זהות:	20114799	רופא מפנה:	17529 ברנר אלכסנדר
תאריך הבדיקה:	06/08/2020 00:00:00		

** מידע חסוי אישי **

נבדק: אלינור חג'מי **ת"ז:** 20114799-8 **מ.גישה:** 1205003367572;

אלינור חג'מי	ת"ז:	20114799-8	ת. ביצוע:	06/08/2020
16/03/1989	גיל:	31 שנים	ת. פיענוח:	06/08/2020
מחוז דן - פ"ת, (40000)	מין:	נקבה	ת. הדפסה:	06/08/2020
מרפאת גיל עמל, (45200)				
אלכסנדר ברנר, (17529)				

ט.מ. CT עמוד שדרה צווארי

סיבת ההפניה:
קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצע:
ט.מ. CT עמוד שדרה צווארי בתאריך 06/08/2020 16:37 מ.ג: 1205003367572 מבצע: רומן קונסטנטינובסקי;תמי
הוניגסברג;
ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי;

ממצאים:
נסרקו גבהים C1-D1.
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים דקים ושוחזרה במישורים שונים.

יישור לורדוזיס .
המבנה הגרמי שמור.

בגובה C1-C2:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.

41

בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C3-C4:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C4-C5:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C5-C6:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק
בגובה C6-7:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.
בגובה C7-D1:
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.
אין עדות לבלט דיסק.
סיכום:
כמתואר לעיל.

אדשרר ע"י: ד"ר אינה ציטמן מספר רשיון: 35277 6/8/2020 17:15

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

כתב ויתור רפואי

התמונות הנכללות בהודעת E-Mail Module הן העתקים דחוסים של התמונות העיקריות של תיאור מקרה שלם, אשר אם כי הן ויתנות לצפייה, הן אינן באיכות המאפשרת אבחון ולא נועדו להחליף את התמונות המקוריות. התמונות הדחוסות הנכללות בהודעת E-Mail Module לא נועדו להוות חלק קבוע מהתיק הרפואי של המטופל. המשתמש או רופאים אחרים חייבים לעיין בתמונות המקוריות שבתיק המלא, כגון תמונות רנטגן, סריקות MRI ו- CT וחומרים אחרים העוזרים באבחון כדי להגיע לאבחנה סופית ולקבועת הטיפול הרפואי המתאים.
Carestream Health מצהירה כי היא לא תישא בכל אחריות לפגיעה מכל סוג שהוא (כולל פגיעה כספית או פגיעה בגוף או ברכוש) או לנזקים מכל סוג שהוא (כולל נזקים ישירים, מקריים ונסיבתיים) שינבעו ישירות או בעקיפין מהשימוש במידע, בתמונות או בחומרים אחרים הכלולים בהודעת E-Mail Module

שמירה על סודיות

המידע הנכלל בהודעת E-Mail Module זו הוא מידע רפואי סודי של המטופל וכמשתמש בהודעת E-Mail Module זו, אתה מסכים להתייחס למידע כדיה. בהתאם לכל החוקים והתקנות במדינה הכרוכים בשימוש ובהגנה על מידע רפואי סודי של מטופל Carestream Health לא תישא בכל אחריות שהיא ומצהירה בזאת כי אין לה כל אחריות לשימוש שייעשה ובהגנה נמשכת על מידע רפואי סודי של מטופל שנמסר למשתמשים אחרים בהודעת E-Mail Module זו או נקרא על-ידיהם.

מוצר של Carestream Health, הופק על-ידי E-Mail Module

42

מספר רשיון 017529
כתובת אל' בהן 8 הוד השרון
טלפון 09-7625800
פקס 09-7625801
מרפאה: גיל עמל - הוד השרון מחוז: דן-פ"ת

17/09/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

חג'מי אלינור	00-20114799-8	31.06	נ	16/03/1989	יעקב
שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

הוד השרון	הסרמון	25	4626372	52	7604931 - 9
יישוב	רחוב	מס' בית	טלפון		טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 35156019090

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
017529	0201147998	035156019090	5156

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקת רופא כאב	70090

הדירי מכנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

סימנים חיוניים: גובה 156 12/07/2020 משקל 74 12/07/2020 bmi 30.41

לחץ דם 68 / 111 01/08/2019

דופק 94 01/08/2019 סדיר

2/07/2020 מתאריך 122.24 eGFR

ממצאים בבדיקה ביצעה בדיקת CT צווארי גבי ונמצאו בליטת דיסק מופנית למרפאת כאב

בחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

ות פעילות

מ גילוי	איפיון	בעיה
01/06/200		OBESITY

אויות

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגו על-פי חוק הגנת הפרטיות

ר"ישן

א. בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה.

ד"ר ברנר אלכסנדר	17529	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימת הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

בבית משפט השלום
ברחובות

ת.א. 20/

אלינור חג'מי - נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ ואח'

התובעת, אלינור חג'מי, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי ובתחום רפואת הכאב לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה טופלה במסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.

אריאל פרידברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

בבית משפט השלום
ברחובות

ת.א. 20/

דוד חג'מי - נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, דוד חג'מי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, בתחום הנוירולוגי, בתחום האף, אוזן וגרון ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

יפוי כח

אני הח"מ, [illegible]
ת.ז. מס' 300661451, מרחוב [illegible]
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של [illegible] נגד [illegible] בענין תאונת דרכים מיום 5.7.20
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 ברישומו 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 12 לחודש 9 שנה 27

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 13654

יפוי כח

אני הח"מ, אליעזר חפר,
ת.ז. מס' 204144944, מרחוב ארבל אלעזר 6, רוש פינה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פלייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של חפר נגד הרשל בענין תאונת דרכים מיום 5.7.20
מבלי לפגוע בכללויות 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 ברישומו 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 17 לחודש 9 שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרידמן
מס' רשיון

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

חלה	דוד	200661457	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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 ויתור 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: 17.9.20 עד לחתימה המס' ת.ז. 62254 חתימה: _____ X

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון

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
חסאי	אלינור	201147999-8	יסקר

רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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 ויתור 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: 17.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2
(תקנה 2)

אני החי"מ אלינור חגמי בעל ת.ז. 201147996 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:
   תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -
   תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -
   תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):
   תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -
   תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -
   תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

X אלינור
חתימה

אישור

אני החי"מ עו"ד אביאל פרייטש, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 17.9.20
הופיע/ה בפני אלינור חגמי (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
201147996 ולאחר שהזהרתיו/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ דוד חגי בעל ת.ז. 300661451 התובע בתיק _____

בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -

תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -

תאריך: - המחלה: - המוסד הרפואי: -

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: 2010 הפגיעה: גב תחתון המוסד הרפואי: כלינסון

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

X _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 17.9.20 הופיע/ה בפני דוד חגי (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 300661451 ולאחר שהזהרתיו/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עו"ד אריאל פרייברג

חתימה ע"ד הדין

62254