

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

- נגד -

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. 378-76-69 (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 הצווארי 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 והטיפוליים 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. ושחררה 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 למרות 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 והטיפוליים 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. להלן פירוט נזקי התובע 1:

א. נזק מיוחד:

(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. להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ב. נזק מיוחד:

(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. נזק כללי לתובעים 1 - 2:

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.

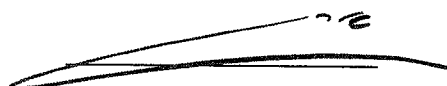
(5) פיצוי בגין נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 - 2.

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 תכנון 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



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

יחידה	תחנת מסובים דן	מספר תיק	2020	87944 /
תאריך	27/02/2020	סיווג תיק	ת.ד.	כללי
מס' תיק מסוף	5	מס' מסמך	036803657	
טלפון	03-5384422	פקס		
כתובת	אור יהודה, דרך לוד	מייל		
נושא המסמך				

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						
<table border="1"> <tr> <th>סוג לוחית</th> <th>מספר פוליסה</th> <th>חברת ביטוח</th> </tr> <tr> <td>ישראלית</td> <td>8017067201</td> <td>הראל</td> </tr> </table>			סוג לוחית	מספר פוליסה	חברת ביטוח	ישראלית	8017067201	הראל
סוג לוחית	מספר פוליסה	חברת ביטוח						
ישראלית	8017067201	הראל						
מעורבים ברכב:								
(1) שיוך המעורב	ת.ז.	שם						
נהג	300661451	חג'מי דוד						
<table border="1"> <tr> <th>שנת לידה</th> <th>שם</th> <th>חומרת הפגיעה</th> </tr> <tr> <td>23/01/1987</td> <td>קופ"ח / בית חולים</td> <td>קופ"ח מכבי</td> </tr> </table>			שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה	23/01/1987	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח מכבי
שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה						
23/01/1987	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח מכבי						
כתובת: הוד השרון, מבצע שלמה 6								
(2) שיוך המעורב	ת.ז.	שם						
נוסע	201147998	חג'מי אלינור						
<table border="1"> <tr> <th>שנת לידה</th> <th>שם</th> <th>חומרת הפגיעה</th> </tr> <tr> <td>16/03/1989</td> <td>קופ"ח / בית חולים</td> <td>קופ"ח כללית</td> </tr> </table>			שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה	16/03/1989	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית
שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה						
16/03/1989	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית						
כתובת: הוד השרון, מבצע שלמה 6								
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב						
4069063	פרטי נוסעים	ניסאן אנגליה						
<table border="1"> <tr> <th>סוג לוחית</th> <th>מספר פוליסה</th> <th>חברת ביטוח</th> </tr> <tr> <td>ישראלית</td> <td></td> <td>לא הוצג</td> </tr> </table>			סוג לוחית	מספר פוליסה	חברת ביטוח	ישראלית		לא הוצג
סוג לוחית	מספר פוליסה	חברת ביטוח						
ישראלית		לא הוצג						
מעורבים ברכב:								
(1) שיוך המעורב	ת.ז.	שם						
נהג	52991742	גרין איתי						
<table border="1"> <tr> <th>שנת לידה</th> <th>שם</th> <th>חומרת הפגיעה</th> </tr> <tr> <td>06/04/1982</td> <td>קופ"ח / בית חולים</td> <td>קופ"ח כללית</td> </tr> </table>			שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה	06/04/1982	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית
שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה						
06/04/1982	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית						
כתובת: שוהם, מצפה 17								

4. פרטי הולכי רגל:

(1) שיוך המעורב	ת.ז.	שם						
<table border="1"> <tr> <th>שנת לידה</th> <th>שם</th> <th>חומרת הפגיעה</th> </tr> <tr> <td></td> <td>קופ"ח / בית חולים</td> <td></td> </tr> </table>			שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה		קופ"ח / בית חולים	
שנת לידה	שם	חומרת הפגיעה						
	קופ"ח / בית חולים							
כתובת:								

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

מ"א	שם משפחה	שם פרטי

2

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
ניצנה	באלי	901462

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

משטרת ישראל
27-02-2020
חקירות מסובים



אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

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

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

הודיע (ה) דוד חג'מי ת"ז 300661451 מס' ת"ז 300661451 תאגיד

על:

ת.ד.

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

תיאור הרכב: פרטי מסעים

לוחית: ישראלית מספר רכב: 3787669 תוצר: פורד גרמניה

תאור הרכש שניזק המקושר למעורב:

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



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

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

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח



אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

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

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

הודיע (ה) אלניור חג'מי ת"ז 201147998 מס' 201147998

מר/גב' הודיע תאגיד: על:

ת.ד.

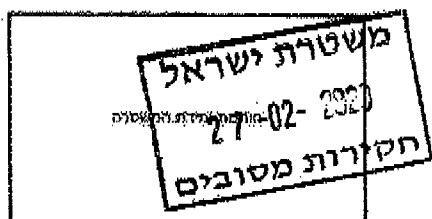
בתאריך: 05/07/2019 בשעה 13:14 במקום האירוע: רמת גן צומת רחוב דרך שיבא עם רחוב א

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 שבבדיקת ואימ תחליף לכל אישור רשמי אחר.



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 זעירבסיים

קווי כחשבי 00397-62

הודעת זיכוי

לחשבים בבנק

08974694

4

מספר רשמי
37-876-69

מספר פנימי

מספר הפוליסה
8017067201/19

תאריך הוצאת השטח והחשבה

08:48 26/12/2018

פרטי הסיכון	מחוז	עוול
355461	81	131
פאשה רחל		

חומות חכונ

הראל חבלבסוח בע"מ
שולם בל"י סוף 200
חשבון 809300-97
26/12/2018 08:48

04441714

סניפים באזורי תל אביב וירושלים
ליווי - 050-3285100 - 050-3285100
מסעדים - 050-3285100 - 050-3285100
דמי קטן - 050-3285100 - 050-3285100

מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69

מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69
מספר פוליסה	מספר פנימי	מספר רשמי
8017067201/19		37-876-69

08974694 62100397

6

רשיון נהיגה
DRIVING LICENCE
מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

תמונה

1. **HAJAMI**
דוד

2. **DAVID**

3. 23.01.1987

4. 23.01.2026

5. **ID 300661451**

6. מוצע שלמה 6 דוד השתן

7. 145

8. **1A1BC**

רשיון לנהיגה ברכב עד 4000 ק"ג בישראל
מחולק לאופנים סמל 50 סמ"ק אוטומטי בלבד
ר"ל אופנוע עד 500 סמ"ק ולא יותר מ-4 54.00

7

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

דף 1

רישום ביקורים
 חג'מי דוד; ת.ז.: 330661451; גיל: 33.1

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00115252492

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר פרסקי אולג

סיבת הפניה: בן 32, בריא

בעבר ניתוחים לבקעים במפשעות - אין פרטים

עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית

לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרנטום מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - 05/07/2019

MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ופלש, מאז כאבי צוואר, ראש

אין חסר נירולוגי, 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

HERNIA INGUINAL

MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

M/P

M/P

99935

LAB000

99942

US איברים

בדיקות מעבדה

מכון רנטגן

CATAFLAM 50MG X 10

KETOSPRAY 25G

1

Tab.

2

5 לבליעה

1

MN

N

8289

0

טבליה

Spr.

4

5 לריס

1

MN

N

40168

0

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

I 1335700



הודפס בתאריך: 25/02/2020 11:44
הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 17/07/2019 11:09:55

דף 1

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

שם רופא מפנה: פרסקי אולג

הודפס בתאריך: 25/02/2020 11:44
הודפס ע"י: ד"ר פרסקי אולג
רישום מתאריך: 17/07/2019 11:09:55

דף 2

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

סטטוס: חדש

MAO1807201900040

מספר הפניה אלקטרונית:

פענות: כן

שם המפענח: רוטלס איזבלה

מכון:

משוב - קריית אונ

רנטגן

תאור הבדיקה:

צילום ע"ש צווארי

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

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

תאריך:

מס' תיק נבדק: 1110201
 18/07/2019

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:

סיבת ההפניה: כאבים.

צ. ע"ש צווארי.

מרווחים בין חוליתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

אין תמט חוליה.

לסיכום: כמתואר.

...

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 אונ

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

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00117997297

שם דופא/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, סקרנטום מצד ימים ואשך ימין
כמו כן - ב-05/07/2019
MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש
אין חסר ניירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד
לפני ניתוח FESS

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ALLERGIC RHINOSINUSITIS			

LAB000	בדיקות מעבדה
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1335700

13

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913

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:

ת.ז.: 300661451

שם פרטי: דוד

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0544443533

טלפון: 0544443533

מ.ז: 23/01/1987

ת.לידה:

מיקוד: 4532246

בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון

כתובת:



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 ימין 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 פריפרית בעיקר בשעות לילה

אבחנה:

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

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

בעיות ידועות:

RELVAR 92/22 X30 1X1X30

תרופות קבועות:

עש/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 רלוונטיים

30/10/2019

תאריך

מכבי שירותי בריאות
ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
30593

חתימה וחותמת

תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול 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. והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

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

דף 1

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

14

מספר ביקור: 00122866859

גיל: 32.9

התמחות: משפחה

שם חופא: ד"ר פרסקי אולג

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, סקרלטום מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - 05/07/2019

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 פריפרית בעיקר בשעות לילה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

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

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

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

15

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

דף 1

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 לבעים במפשעות - אין פרטים

עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית

לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרנטום מצד ימים ואשך ימין

כמו כן - ב-05/07/2019

MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש

אין חסר ניורולוגי, 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 לניורולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

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

הערה	הערה	הערה	הערה
LAB000			
CON20			

בדיקות מעבדה

התייעצות מומחה - ניורולוגיה

הערה	הערה	הערה	הערה	הערה	הערה	הערה	הערה	הערה	הערה
FOLIC ACID MAC 5MG X 30	1	Tab.	1	30 לבליעה	1		MN	N	70128
CLONEX 0.5MG X 30	1	Tab.	1	30 לבליעה	1		MN	H	802

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1335700

תאריך הדפסה: 127/02/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0314509373



032058

קוד הפניה: 164235418

טלפון: 03-6325654 1-700-50-53-53

פקס: 036320129

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

ד"ר מרמלשטיין ילנה

סירולוגיה

התמחויות:

מומחית בסירולוגיה

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

מכון EEG

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

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

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

ממצאים: בדיקה נורמלוגית כולל פונדוס תקינה

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (08/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -

מעשית: כן

הבדיקה הדרושה: EEG בערנות

נא להצטייד בכרטיס הגנטי

27/02/2020

תאריך

חתימה וחתימת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccab4u.co.il

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

דף 1

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

17 08/04/2020 תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913

קוד הפניה: 168197426

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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

US איברים

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

- GERD
- FLANK PAIN

אבחנה:

מעשית: כן

בעיות ידועות:

- FOLIC ACID DEFICIENCY (08/2017)
- COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)



שאלה למבצע הבדיקה: אכן? ממציא אחר?

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

08/04/2020

ותאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דתייתול ביטול תור לבדיקה
למחלקת הרפואה הכללית
במספר 03-5387222
או בדואר אלקטרוני
לכתובת: info@mkbi.co.il

הוראות הכנה לבדיקה:

- צום של 4 שעות לפני הבדיקה.
- במשך שעותיים 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 ותאריך - 05/10/2020

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

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

מ.ר גורם מפנה



092913

קוד הפניה: 168197685

שם פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: דוד	ת.ז.: 300661451
ת.ל.ידה: 23/01/1987	מין: ז	טלפון: 0544443533	טל.עבודה/נייד: 0544443533
כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון	מיקוד: 4532246		
0300661451			

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

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, סקרנטום מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - ב-05/07/2019

MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפלש, מאז כאבי צוואר, ראש

אין חסר נוירולוגי, רגישות בע"ש צווארי בלבד

לפני ניתוח FEES

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 שגרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוב נרדם

- אין התקפים

בפיזיותרפיה לא התרשמו ממרכיב פריפרי

תמונה לא ברורה לי

מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד ל PTSD

08/04/2020

לאחרונה צרבות, GERD

כמו כן - כאבים במוות שמאל - סביר להניח ממקור ע"ש - אך בבקש גם US כליות

נבדק ע"י נוירולוג, הומלץ על EEG

לא נבדק ע"י אורתופד

- GERD
- FLANK PAIN
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

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

מעשלות: כן

בעיות ידועות:

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

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע -



תאריך הדפסה: 07/05/2020

מ.ר. גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות



0022483580



028143

קוד הפניה: 170593146

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אום (קומה 3)

ד"ר ינקו משה

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

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 משמעותית עד לאחר מס' ימים - החל להרגיש רדימות של הידיים לאורך יד-צדדית - בא והולך, יש קשר למנח הזרועות והצוואר. נירולוג 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.

ממצאים: במצב כללי טוב; נידוד שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצוב/תפקודי גם. חיצונית - ללא ממצא אקוט/חריף לקוי (ללא אודם/נפיחות או חום מוגבר). בדיקת הצוואר-ציר ישר, ללא כאב על החוליות; מבנה סימטרי. טווחים-רוסציות-70-80 מע' לכל כוון; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מקרן. בדיקה נירולוגית של הזרועות; תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן וטרמנר-שליילים) טיטל חיובי דו'צ, פאלן תיבי דו'צ.

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

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

רגישויות: 19/11/2019 - אחר לא ידוע.

מעש/ת: כן

סיבת ההפניה: "תעלה קרפלית (CTS): נא התמקדות להפחתת הלחץ בתוך התעלה עי' 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 ולווגטים

07/05/2020

תאריך

(Handwritten signature and stamp)
מ.ר. גורם מפנה

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.

2

הודפס בתאריך: 07/05/2020 18:37
הודפס ע"י: דר' ינקו משה
רישום מתאריך: 07/05/2020 18:26:23

דף 1

רישום ביקורים
חג'מי דוד; ת.ז: 300661451; גיל: 33.3

גיל: 33.3

שם רופא/ה: דר' ינקו משה
תחום הטיפול: אורתופד

148201

מספר ביקור:

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 הזרעות והצואר. נזירולוג בדק והעלה חשד ל PTSD, במקביל שלח ל EEG, מספר על בדיקת EMG שעבר - נמצאה לדבריו תקינה, עובר פיזית, עבר גם CT צווארי - ללא ממצא חריג.

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

ממצאים: במצב כללי טוב; כושר 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 החוליות; מבנה סימטרי.
טווחים-רוטציות 70-80 מעל לכל כוון; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נזירולוגית של הזרעות; תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן) וטרמבר-שליליים) טינל חיובי דול, פאלן חיובי דול.

דיון ואבחנה מבדלת: על פי הממצאים המתגלים בסיפור האנמנטי ובבדיקה הפיזיקאלית; הסימנים מורים על כאבים ונימולים / רדימות ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית. בבקש השלמת מלא הברור הנזירולוגי, הפחתת עומסים על הכפות ידיים, ביצוע פיזיותרפיה, 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; בנג'ין רדיאן B) להמשיך את השימוש עד לשיפור משמעותי בכאבים- מריחה של שכבה משמעותית על אזור הכאב כ 3 פעמים ליממה; עיסוי עדין בלבד; והמתנה לספיגה של כ 20-30 דקות.
- * קומפרסים חמים על אזור הכאב-ל 10 דקות כל פעם-להמנע מחימום יתר. נשורשי כפות הידיים
- * לפיזיותרפיה תפקיד מכריע על תהליך הריפוי על כן יש לנהוג במדויק על פי ההנחיות הפיזיותרפיות שניתנו על מנת להבטיח השפעה מירבית. בנוסף על המטופל לתרגל באופן קבוע גם בבית.
- CTS- או "תסמונת התעלה הקרפלית" הינה תופעה שכיחה ומוכרת. מדובר על היווצרותו 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 הנזירולוג



קוד הפניה: 177684650

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופיר 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג
מנכ"ל, כירורגית וכללית

התמחויות:

גומחה ברפואה פנימית

שם פרטי: דוד	שם משפחה: חג'מי	פרטי הבדק:
ת.ז.: 300661451	ת.לדה: 23/01/1987	0300661451
טל.עבודה/נייד: 0544443533	מין: ז	
מיקוד: 4532248	כתובת: בן גמלא יחושע 39/28, הוד השרון	

התייעצות מומחה

במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:**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, ברא

בעבר ניתוחים לבעים במפשעות - אין פרטים

עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית

לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרסוס מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - 05/07/2019

MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ויפולש, 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 שפוקת את העיניים ושוב נרדם

אין התקפים

בפיזיותרפיה לא התרשמו ממרכיב פריפר

תמונה לא בוחרה לי

מופנה לנוירולוג, בינת"ם קלונקס במיטן נמוך לפני שינה בחשד לPTSD

08/04/2020

לאחרונה צרבות, GERD

כמו כן - כאבים במוות 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 האנמנטי ובבדיקה הפיזיקלית; הסימנים מורים על כאבים ונימולים /

רדימות ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.

נבקש השלמות מלא הברור הנוירולוגי, הפחתת עומסים על הכפות ידיים, ביצוע פיזיותרפיה, 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, וביטויים של CTS - בדיקה חוזרת של אורתופד

• GERD

• FLANK PAIN

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

• CARPAL TUNNEL SYNDROME

• FOLIC ACID DEFICIENCY (06/2017)

• COLONOSCOPY NORMAL (10/2018)

ת: כן

ידועות:



092913

קוד הפניה: 177684650

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

מיקוד 4532246

בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון



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

חתימה וחומת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

ד"ר מרסל מור
 מומחה ברפואה פנימית
 יו"ר מרפאת פנימית
 אופירה 1, אור יהודה

מ"ן: ז טל: 0544443533 נייד: 0544443533

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

לחצ'י כאן לשינוי הרופא הקבוע

ת"ז: 300661451 שם: חג'מי דוד

גיל: 33.5 מ.משפחה: רווק

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

מצב נוכחי: זמנות זכאי

פרטי קשר אין מידע

בעיות ידועות

תרופות קבועות

אחר

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

רבישויות (31/05/2020)

נוספות

אחר לא ידוע
לא ידוע

גורמי סיכון

עישון: 31-05/2020

BMI: 29.7 (05/2020)

טיפולים

דר' סתיו דוד-27/12/2018

SPIROMETRY SPIROMETRY- INTERPRETATION

דר' חמצני יניב-30/11/2018

ENDOSCOPY-ENT IN DOCTOR'S ROOM

דר' סתיו דוד-25/10/2018

SPIROMETRY SPIROMETRY- INTERPRETATION

דר רחל גינגולד-12/10/2018

COLONOSCOPY IN MACCABI

דר' סגל צבי-25/09/2017

LIQUID NITROGEN

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 ותחתונה, סקרלטום מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - ב-05/07/2019

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

בפיזיותרפיה לא התרשמו ממרכז פריפר

תמונה לא ברורה ל

מופנה לנוירולוג, בינתיים קלונקס במינון נמוך לפני שינה בחשד לPTSD

08/04/2020

לאחרונה צרבות, GERD

כמו כן - כאבים במוחן 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 ונימוזים/רדימות

ממקור עצבוב בשרשי כף היד עם קשר לעבודה פיזית.

נבקש השלמת מלא הברור הנוירולוגי, הפחתת עומסים על הכפות

דיים, ביצוע פיזיותרפיה, לחזור למעקב

ירם הוחל טיפול בפיזיו, קיבל הסבר ממני גם לגבי מצבו, דקומפרסיה של

CT עם טיפול מקומי

02/07/2020

בר בדיקת EEG ערות - הבדיקה היא תקינה - חוזרים למעקב נוירולוגי

זו כן - מבחינת בעיות בקרסול, וביטויים של CTS - בדיקה חוזרת של

רתופד

092913

קוד הפניה: 177684650

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

מומחה ברפואה פנימית

24

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

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

02/07/2020

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

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

ד"ר חגית חג'מי
מומחה ברפואה פנימית
092913



092913

קוד הפניה: 177834850

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284248

כתובת: אוטירה 1, אור יהודה

שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: דוד	ת.ז.: 300681451
ת.לדה: 23/01/1987	טלפון: 0544443533	טל.עבודה/נייד: 0544443533
כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הדר השרון	מיקוד: 4532246	



0300681451

התייעצות מומחה

במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

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 לבעים במפשעות - אין פרטים

עבר בשיבא, היה בקופ"ח כללית
לאחרונה כאבים במפשעות, בטן תחתונה, סקרסוס מצד ימין ואשך ימין

כמו כן - 05/07/2019

MVA, נכנס אוטו מאחורה עם ופלש, מאז כאבי צוואר, ראש

אין חסר נוירולוגי, רגשות בע"ש צווארי בלבד

לפני ניתוח FESS

30/10/2019

מופנה לסדנה הפסקת עישון

לאחרונה אירועים של סחרחורת פרפרית

כמו כן - סחרחורת בעיקר בשעות לילה

אירועים בתדירות לא קבועה - מספר פעמים בשבוע, רק בזמן לפני שנרדם למספר שניות, לאחר שפוקח את העיניים ושוכ נרדם

- אין התקפים

בפיזיותרפיה לא התרחשו 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 במוות 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 פיזיותרפיה, 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, ובטוים של CTS - בדיקה חוזרת של אורתופד

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

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

כ

עות:

26

תאריך הדפסה: 02/07/2020

מ.ר. מורם מפנה



092913

קוד הפניה: 177684778

התמחויות: פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222
פקס: 073-2284248
כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם פרטי: דוד	שם משפחה: חג'מי	ת.ל.ידה: 23/01/1987	מין: ז	טלפון: 0544443533	ת.ז.: 300661451
כתובת: בן גמלא יהושע 39/26, הוד השרון	כתובת: 0300661451	טל.עבודה/נייד: 0544443533	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

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

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

התאריך
02/07/2020
0544443533

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

תאריך ביצוע: 07/06/2020

שעת ביצוע: 12:09

#

בעירנות נקלטה פעילות רקע אחורית מסוג אלפא בתדירות של 9.5-10 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 לנורולוגיה

הערות:

תרשים ערות-נישום יתר ופוטק ו.פ.

שם: ויקטוריה פרמן

תאריך רישום: 07/06/2020

סוג הבדיקה:

אחר

EEG ערות

תלונות החולה:

סחרחורת

רעידות

ממצאי הבדיקה:

FLANK PAIN
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
CARPAL TUNNEL SYNDROME

תכונות

התייעצות מומחה - אורתופדיה
התייעצות מומחה - נירולוגיה

תרופות פעילות נוספות

- OPTALGIN 500MGX15ML
- VOLTAREN FORTE GE 2.32%X100G

גיל המטופל: 30.03

תאריך ביקור: 08/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 05/07/2019

סימנים חיוניים

גובה: 156 נמדד ב: 14/05/2019

משקל: 82.3 נמדד ב: 02/07/2019

BMI: 33.82

נמדד ב: 15/05/2019

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

מתאריך: 04/06/2019 eGFR: 133.71

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	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS

מחזור	עין	P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	חגשה	מנה	תרופה
	1	L			0	ר	א	יתידה	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

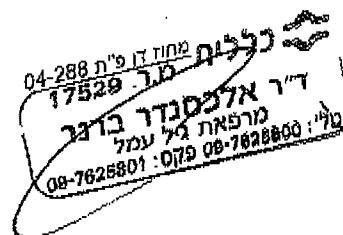
מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שימוש פנימי

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל

קוד מרפאה: 5156

קוד מחוז: 04



20

גיל המטופל: 30.03

תאריך ביקור: 08/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה 05/07/2019

אימנים חיוניים

ובה: 156 נמדד ב: 14/05/2019

משקל: 82.3 נמדד ב: 02/07/2019

B M: 33.82

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

מתאריך: 04/06/2019 eGFR: 133.71

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

מחזורי	עין	P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
		1	L		0	ר	א	יחידה	1	10	□	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

30.04 : גיל המטופל:

תאריך ביקור: 11/07/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה 05/07/2019

סימנים חיצוניים

נמסר ב: 14/05/2019

156 :גובה:

02/07/2019 :במסד

משקל: 82.3

33.82 :B M I

נמסר ב: 15/05/2019

102 : דופק 15/05/2019 נמסר ב:

109 / 73 :םד ץתל

מתאריך: 04/06/2019

133.71 :eGFR

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

קוד	א"פ"ן	אבחנה	ABDUCENS NERVE INJURY
9513			

תאריך	החשדה	מנה	יחידה	פ	משך	סל"ל	OP	נ	ק	ח	ער	מ	P	עין	מחזור
ZINNAT 250MG TAB 250MG	TAB	1	טבליות	2	10	20	יחידה	א	ר	0		1	L		

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל

קוד מרפאה: 5156

04 קוד מחוז:

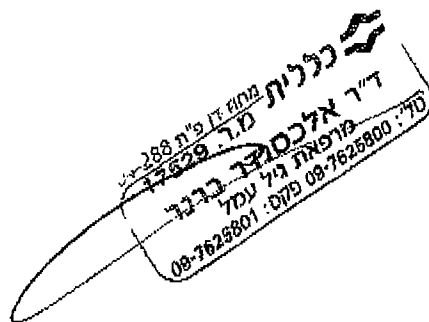
תאריך עדכון: 11/07/2019

ד"ר ברנר אלכסנדר

מס רשיון: 17529

מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

-----שימוש פנימי-----



31

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

התמחות: נשים

רופא מטפל: ד"ר ברנר אלכסנדר

פרטי רופא נשים מטפל

מרפאה: כפר-סבא

שם: דר' גולד מגידוב טל

תאריך הביקור: 01/08/2019 גיל: 30.04

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: מרפאה: מוזמן

נסחה 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 תוכנית רפואית
טיפול בהריון

פרטי המחזור

הריון מס' 3

החנות הביקור: מרפ

שיטת חישוב: וסת אחרונה

החנות ב: 17/11/2018

ת.ג. אחרונה: 04/11/2018

נוסחת המחזור: 30 / 5

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

סימנים חיוניים

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

משקל: 83.2 ק"ג מתאריך: 30/07/2019

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

הריון מס' 3

32

בדיקות בעמדת אחות נשים

שם	האם תקין	קטנים	לויקוציטים	ניטריתים	חלבון	גלוקוז	בילירובין	משקל סגולי	אריטוציטים	אורובילימין	H
שנת ביצוע	09:53	p	שלי	שלי	שלי	שלי	שלי	1.000	שלי	שלי	5

אומדן

אומדן	צפייה

מעקב הריון שוטף

התערבויות

התערבות סיעודית	צפייה

ניטור סוכרס חיוניים

09:51:30 01/08/2019

הדרכה בעת הריון ולידה

פירוט	התנהגות בריאותית מומלצת בהריון
נטילת Folic Acid - הומלץ על התוסף בשם פרנסאל בכל תקופת ההריון. תזונה לחשיבות נטילת חומצות במהלך ההריון להתפתחות התקנה של העובר. תזונה שנטילת התוסף מומלצת במשך כל גיל הפוריות וביחוד מהתקופה הסרסרית ושלילית. החומרים הראשוניים של ההריון	נטילת Folic Acid
הדרכה למעקב קפדני של תנועות העובר. הדרכה לחשיבות ואופן מעקב תנועות עובר וכיצד לנהוג בלידה או חוסר תנועות עובר. קיבלה דף חסבר מודפס	תנועות עובר

פירוט	הדרכה לביצוע בדיקות
ניטור עובר - בוצע ניטור עוברי בהנחיית רופא	ניטור עובר
פירוט	לקראת לידה
הדרכה לסימנים כגון: צירים סדירים, דמם, ירידת מים וחדיר לפעול בהופעתם. קיבלה דף הדרכה מודפס.	סימנים ממשך לידה
מעקב הריון אחרי שבוע 36: משבוע 36, הדרכה שעליה להגיע למעקב לחץ דם, שתן ומשקל כל שבועיים, ללא צורך בתאום תור מראש. ניתן להגיע משעה 10:00 בבוקר ועד שעה לפי סגירת המרפאה. אם הגיעה לשבוע 40 וטרם ילדה, הדרכה שעליה להגיע למוניטור עוברי בבית חולים.	אחריות

המשך טיפול ומעקב

המשך טיפול	המשך טיפול

המשך טיפול לרופא נשים
מומלצת לאחות

פרטי העוזר

תאריך רישום 01/08/2019

שם האחות אלמירה פסקין

שם מרפאה מרכז בריאות האשה כפר סבא

קוד מרפאה 3298

קוד מחלקה 12

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

BMI: 34.19

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

מתאריך: 04/06/2019 eGFR: 133.71

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

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

מחזור	עין	P	m	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	L				א	ר	א	יחידה	20	10	2	טבליות	TAB	1	ETODOLAC 400MG TAB 400MG

פרטי עדכון

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

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

שימוש פרטי



34

גיל המטופל: 30.06

תאריך ביקור: 07/10/2019

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סימנים חיוניים

נמדד ב: 14/05/2019

156

נמדד ב: 30/07/2019

83.2

34.19: B M

נמדד ב: 01/08/2019

סדיר

דופק: 94

נמדד ב: 01/08/2019

111 / 68

מתאריך: 04/06/2019

133.71 :eGFR

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

קוד	אפיון	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
1	L			0	0	0	יחידה	20	10	2	TAB	ETODOLAC 400MG TAB 400MG

רטי עדכון

07/10/2019

שם מרפאה: מרפאת גיל עמל

קוד מרפאה: 5156

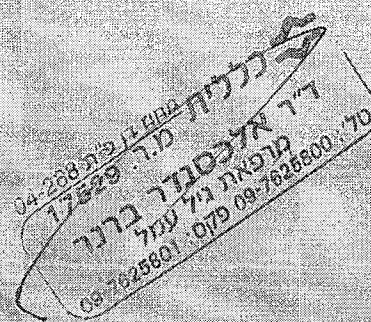
קוד מחוז: 04

ד"ר ברנר אלכסנדר

17529

ע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שימוש פרטי



35

הפניה לדיווח

שם המטופל	חב' מי אליזר	שם המטופל ושם פרטי	00-20114799-8	31.03	10/03/1989	יעקב
תז נבדק	מספר הפניה	גורם שאלח	מספר הפניה	תלפון	שם נאב	שם נאב
26	52	9	4626372	7604931	9	9
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 35156018702

גורם שאלח

5156

מספר הפניה

035156018702

תז נבדק

0201147998

רשיון חסא

017529

כיום הבדיקה, בא לשנות למשרד מכון הרנטגן והדיווח נ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
 נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
 לשם בלבד.
 אם הינך בהריון או בחלב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדיווח.
 נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין את הבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	78073	L1039	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 111/68 נמדד ב: 01/08/2019

דופק 94 נמדד ב: 01/08/2019 סדיר

eGFR 133.71 מתאריך 01/08/2019

ממצאים עיקריים: כאבי צוואר וגב תחתון מופנית לפיזיותרפיה מופנית לבדיקת CT עש

אבחנה משוערת

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

בעיות פעילות

תאריך	אבחנה
01/08/2009	OBESITY

פניה הרשום מעלה.

17529

מספר רש"י

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

תחנות	כמות	א. הגשה	כ. פעמים	ד. יום
MINESSE TAB BOX 1X28 CF	1	טבליות	1	יום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	2	יום
EVRA PAT	1	איספוליות	1	בשכר
BELARA BOX OF 1 OP(M) TAB CF		טבליות	0	יום

נודה דר על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ברנר אלכסנדר

17529

שם הרופא

מספר רישון

חתימה וחותמת 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 ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

06.08.2020	ת. ביצוע:	20114799-8	ת"ז:	אלינור חג'מי	בדק:
06.08.2020	ת. פיענוח:	31 שנים	גיל:	16/03/1989	תאריך לידה:
06.08.2020	ת. הדפסה:	נרבה	מין:	מחוז דן - פ"ת (40000)	מיסד מסנה:
				מדפסת ציל עמל (45200)	גודל מסנה:
				אלקסנדר ברנה (17529)	ריבוי מסנה:

ש.מ. CT עמוד שדרה צווארי

סיבת ההפניה:

דלקת הפניה במחשבת / סרוקה

מצב:

ס.מ. CT עמוד שדרה צווארי בתאריך 06/08/2020 16:37 מ.ג. 1205003367572 מבצע: רומן קונסטנטינובסקי, המידע הניתן בס.מ. CT עמוד שדרה צווארי.

מצאתי:

גברתי גבוהה C1-D1.

הבדלה בוצעה בחתכים אקסיליים דקים ושחורה במישורים שונים.

יישור הורדוזים:

המבנה הגרמי שמור.

בגובה C1-C2:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

בגובה C2-C3:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק.

בגובה C3-C4:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק.

בגובה C4-C5:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק.

בגובה C5-C6:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

בלט דיסק אחורי מרכזי עם לחץ קל על השק.

בגובה C6-7:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

אין עדות לבלט דיסק.

בגובה C7-D1:

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

אין עדות לבלט דיסק.



בית חולים השרון

דו"ח רדיולוגי

שם הנבדק:
תעודת זהות:
תאריך הבדיקה:

חל"מ אלינור
20114799
06/08/2020 00:00:00

תאריך לידה:
רופא מפנה:

16/03/1989
17529 ברנר אלכסנדר



** מידע חסוי אישי **

עמוד 2 מתוך 2

בדק: אלינור חג'מי ת"ז: 20114799-8 מ.ג'ישה: 1205003367572

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

ט.מ. CT עמוד שדרה צווארי

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / פרוקה

ביצוע:

ט.מ. CT עמוד שדרה צווארי בתאריך 06/08/2020 16:37 מ.ג. 1205003367572 מבצע: דומן קונסטנטינובסקי, חמ

הונוסברג

ט.מ. CT עמוד שדרה צווארי:

מצאים

נסרקו גבהים C1-D1.

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיליים דקים ושחזרה במישורים שונים.

יישור לורדוזיס.

המבנה הגרמי שמור.

בגובה C1-C2.

רוחב תקין של תעלת השדרה והפורמינות.

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

סיכום:

במחזור לפני

6/8/2020 17:15

מספר רשיון: 35277

אדסרר ע"י: ד"ר אינה ציטמן

* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן צ"פ חוק הגנת הפרטיות התשס"א 1981 *

כתב ויתור רפואי

התמונות הנכללות בהודעת E-Mail Module הן העתקים דימויים של התמונות המקוריות של תיאור מקרה שלם, אשר אם כי הן ניתנות לצפייה, הן אינן באיכות המאפשרת אבחון ולא מעדיף להחליף את התמונות המקוריות. התמונות והדוחות הנכללות בהודעת E-Mail Module לא נועדו להוות חלק קבוע מחתיק הרפואי של המטופל. המשתמש או רופאים אחרים חייבים לעיין בתמונות המקוריות שבתוך המלא, כגון תמונות רנטגן, סריקות MRI ו-CT וזמרים אחרים העוזרים באבחון כדי להגיע לאבחנה סופית וקביעת הטיפול הרפואי המומלץ.

Carestream Health מצהירה כי היא לא תשא בכל אחריות לפגיעה מכל סוג שהוא (כולל פגיעה נספית או פגיעה בגוף או ברכוש) או לנזקים מכל סוג שהוא (כולל נזקים ישירים, מקרים ונספחים) שנגרמו ישירות או בעקיפין מהשימוש במידע, בתמונות או בחומרים אחרים הנכללים 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 כזה, בהתאם לכל החוקים והמקורות במדינה הברורים בשימוש ובחבנה על מידע רפואי סודי של מטופל. Carestream Health לא תשא בכל אחריות שהיא ומצהירה בזאת כי אין לה כל אחריות לשימוש שיעשה ובחבנה נמסכת על מידע רפואי סודי של מטופל שנמסר למשתמשים אחרים בהודעת E-Mail Module זו או מקרא על-דיהם.

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

הפניה לרפואה יעצות

REPORT - 1972

[illegible]

מספר הפניה ישירה: 35156019090

ה'תש"ח



5156

039 130215



035-56019090

2013.3.14



0201147998

11051-211



017529

RECEIVED

שירות
רפואי
70090

ד'אור רפ"א

קוד	קוד
מסמך	מסמך
99242	70005
בדיקת רופא כאב	

הד"ר מכנה את המסופל הנ"ל להתייעצות בשל

30.41	bmi	12/07/2020	74	משהל	12/07/2020	156	גובה	סמ"מ
-------	-----	------------	----	------	------------	-----	------	------

01/08/2019 111 / 68 לחץ דם

170 01/05/2019 94 7017

2/07/2020 מומדין 122.24 eGFR

ימצאים בבדיקה ביצוע בדיקת CT צוואר גבי ומצאו בליטת דיסק מופנית למרפאת כאב

בית המדרש

אבחנה
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

י"ג ספרות

OBESITY

01/06/200

王仲文

פג'ה לרפואה יעוצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הבטיחות

א. בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר ברנר אלכסנדר

שם הרופא

17529

מספר רשיון

חתומה וחותמת הרופא

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

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

אלינור חגימי - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ ואח'

התובעת, אלינור חגימי, 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 פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

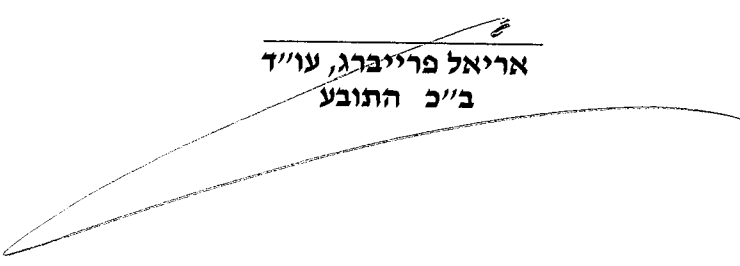
דוד חגימי - נגד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, דוד חגימי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, 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 שגערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 3006451, מרחוב מסלול 6 רחוב יציר, ת.ז. מס' 720,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
נגד החלטה בענין תאונת דרכים מיום 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

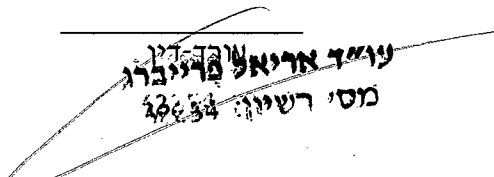
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 12 לחודש 9 שנה 27

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אריאל מרינג
מס' רשיון: 48254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, א/א/ר חגית מס' 20114747, מרחוב זרבי סלר 6, כור סחן,
ת.ז. מס' 5-7.20 מונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
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.

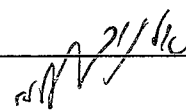
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 17 לחודש 9 שנה 20

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל מרזוק~~
~~מס' רשום 1021~~

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
חגית	ד"ר	200001457	
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 _____ עו"ד אריאל פרייברג
תאריך: 17.9.20 עד לחתימה מס' תש"פ: 62254
X _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>חיים א'</u> שם משפחה	<u>אלון</u> שם פרטי	<u>8-114799</u> תעודת זהות	<u>י' קקל</u> שם האב
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>
<u>טלפון</u>			

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: _____
(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 הח"מ אלמר חג'י 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 _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן גייזל, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 17.9.20
הופיע/ה בפני אלמר חג'י (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 201147996
ולאחר שהוזהרתי/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 ד"ר חזן 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:	<u>2010</u>	הפגיעה:	<u>זר תחתון</u>	המוסד הרפואי:	<u>ליס</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X 

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מרסל מרזוק מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 19.9.20
הופיע/ה בפני ד"ר חזן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
300661451 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה 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~~
~~חשבות שיתוף: 62254~~