

חוק הביטוח הלאומי

הסתדרות "מכבי" ישראל

ד"ר מץ טמז

מכבי שירותי בריאות

מומחה ברפואה פנימית

אגודה לעזרה רפואית

מס' רשיון: 27475

שירות רפואי מוסמך

כתובת: רח' שמחה הולצברג 16, בית רופאים
פנורמה, רמלה

טלפון: 08-9210834

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אבדורכמן	שם פרטי אברהם	שם האב יורי	מס' זיהוי 317636199	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמלה	רחוב בוגנים אהרון	מס' 12	מיקוד 7227811	שנת לידה 1979
חבר (כל)	כ	מקצוע טכנאי יצור	טלפון 03-5395100	שם המעביד וכתובתו א.ל.אלקטרוניקה
ת. פגיעה 14/07/2020	שעה 19:10	חתימות בשעת הפגיעה תאונת דרכים בחזרה מעבודה		
האיבר שנפגע צוואר, גב, רגל ימין	שם הרופא המטפל מץ ט.		נמצא בטיפול מיום 14/07/2020	

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

ב 14/07/20 בנתיבה בחזרה מעבודתו רכב התנגש בו מאחור. היה חגור, כרית אוויר לא נתפחה. מאז התאונה כאבים חזקים בצוואר האחורי, בגב התחתון וברגל הימנית. באותו יום נבדק ב TEREM בלוד. בצילומי רנטגן של עמ"ש צווארי ומותני ללא עדות לשבר. ETOPAN גרם לכאב ברזף הבטן. ב 16/07 נבדק על ידי אורתופד ד"ר קליין חגי. בבדיקה ללא חסר עצבי בגפיים העליונות ותחתונות. הומלץ על נטילת ZALDIAR, פיזיותרפיה.

הממצא הקליני:

ללא סימני החבלה. שרירים פראונטיברליים תפוסים יותר מימין, רגישות באיזור הצוואר והמותן, תנועות בצוואר ובגב התחתון עם כאבים. תחושה וכח גם ברגליים שמורים.

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

14/07/2020 בתאריך:

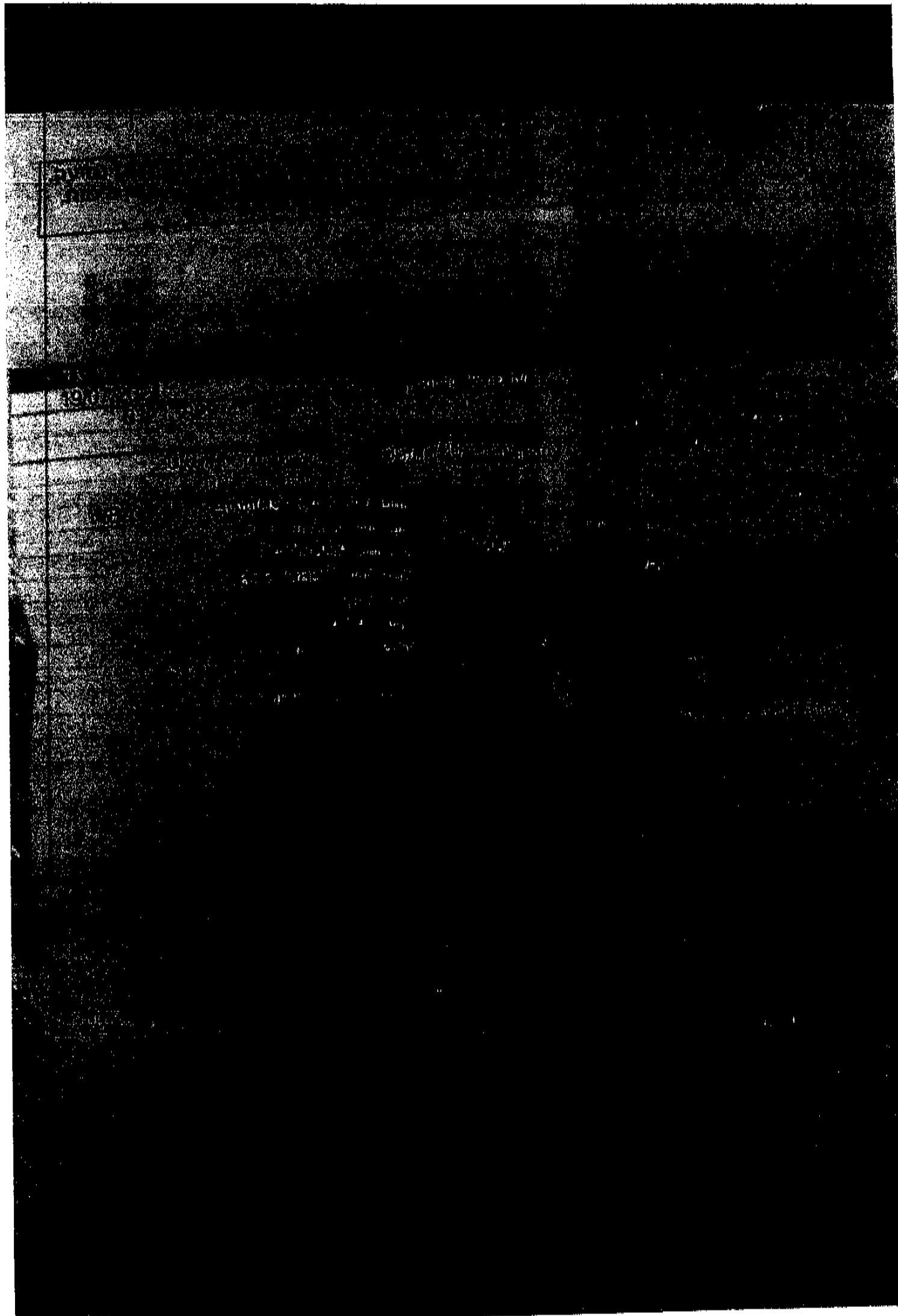
TEREM לוד

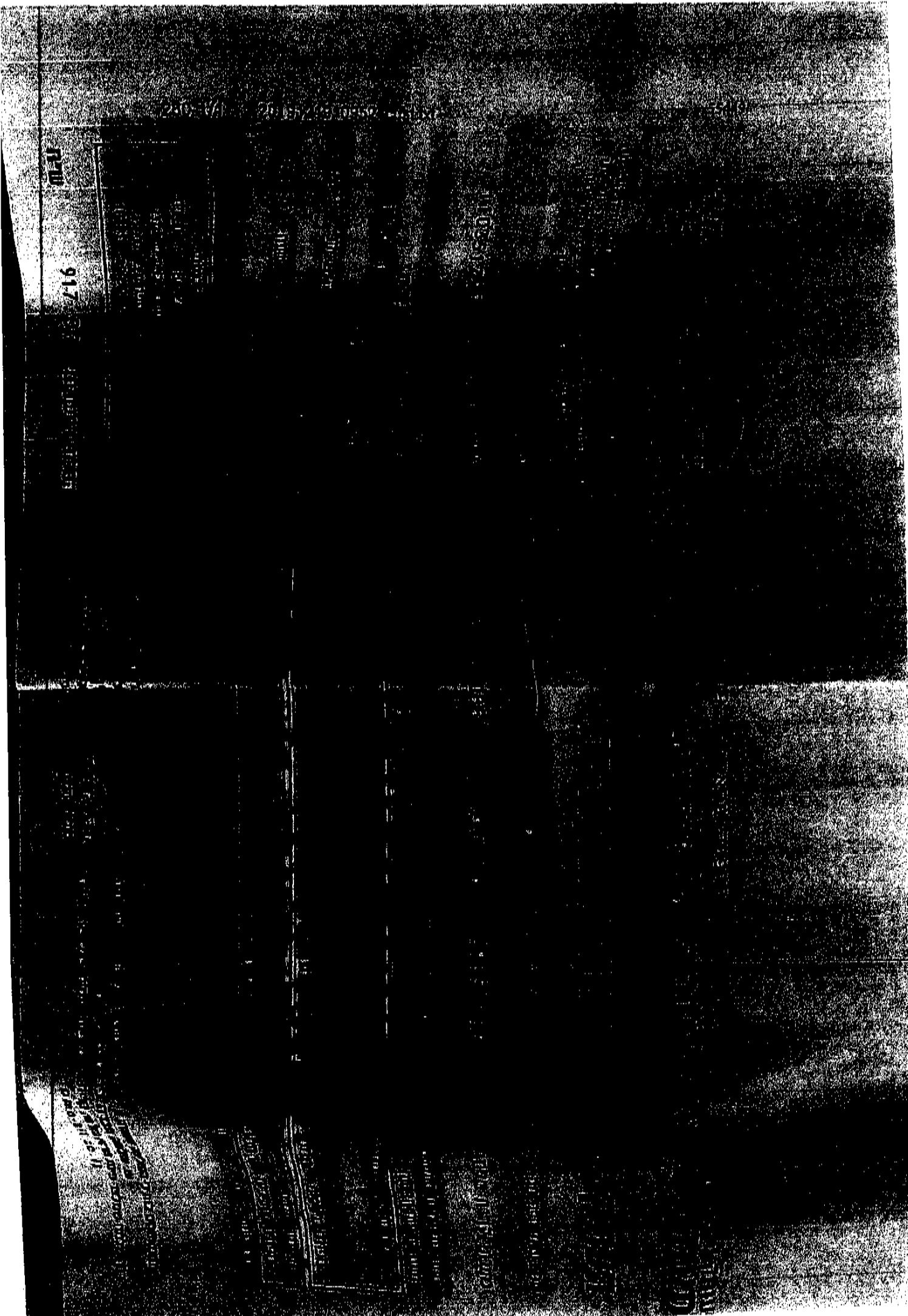
אבחנה:

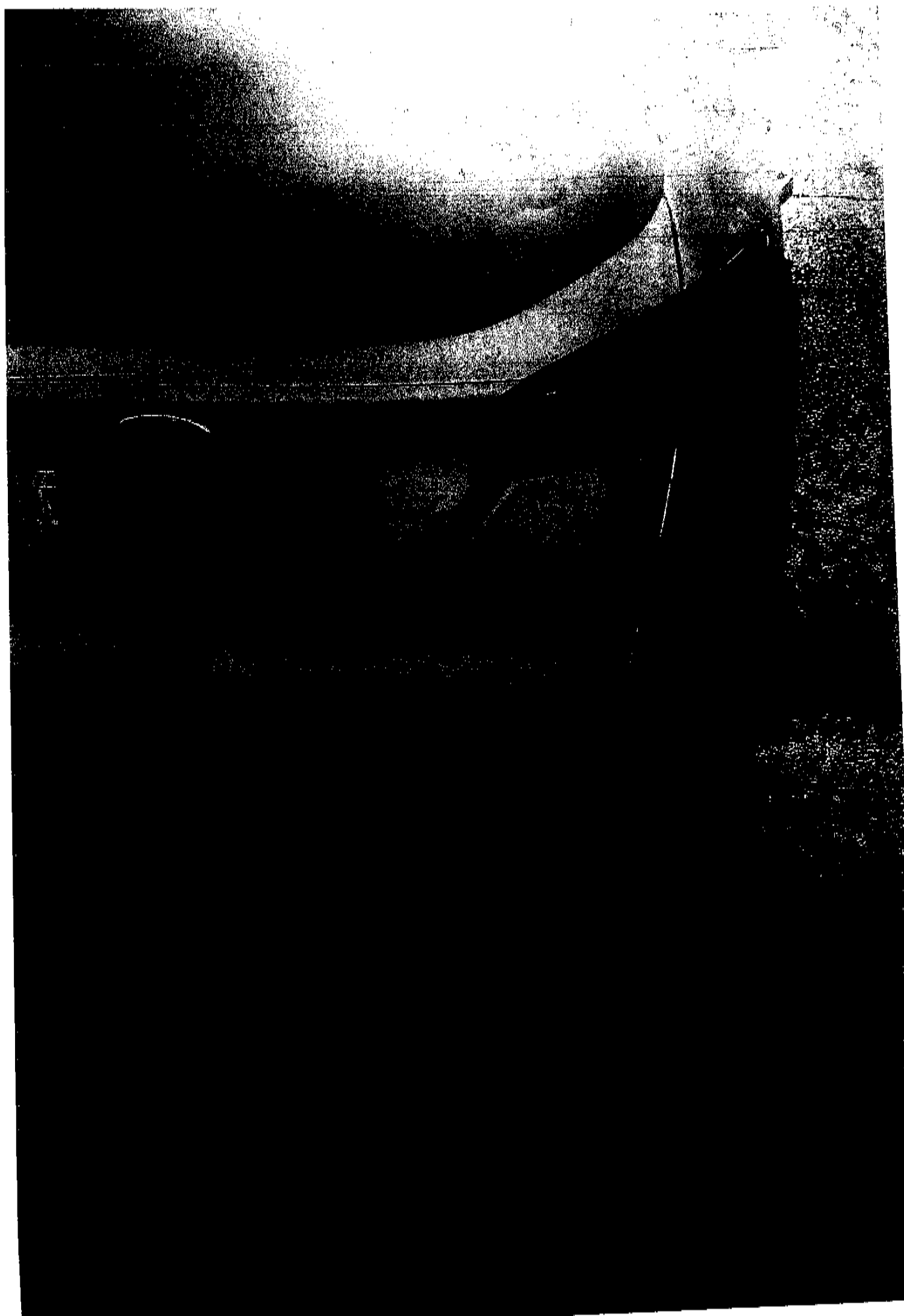
- WORK ACCIDENT
- ROAD ACCIDENT
- NECK PAIN
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Right

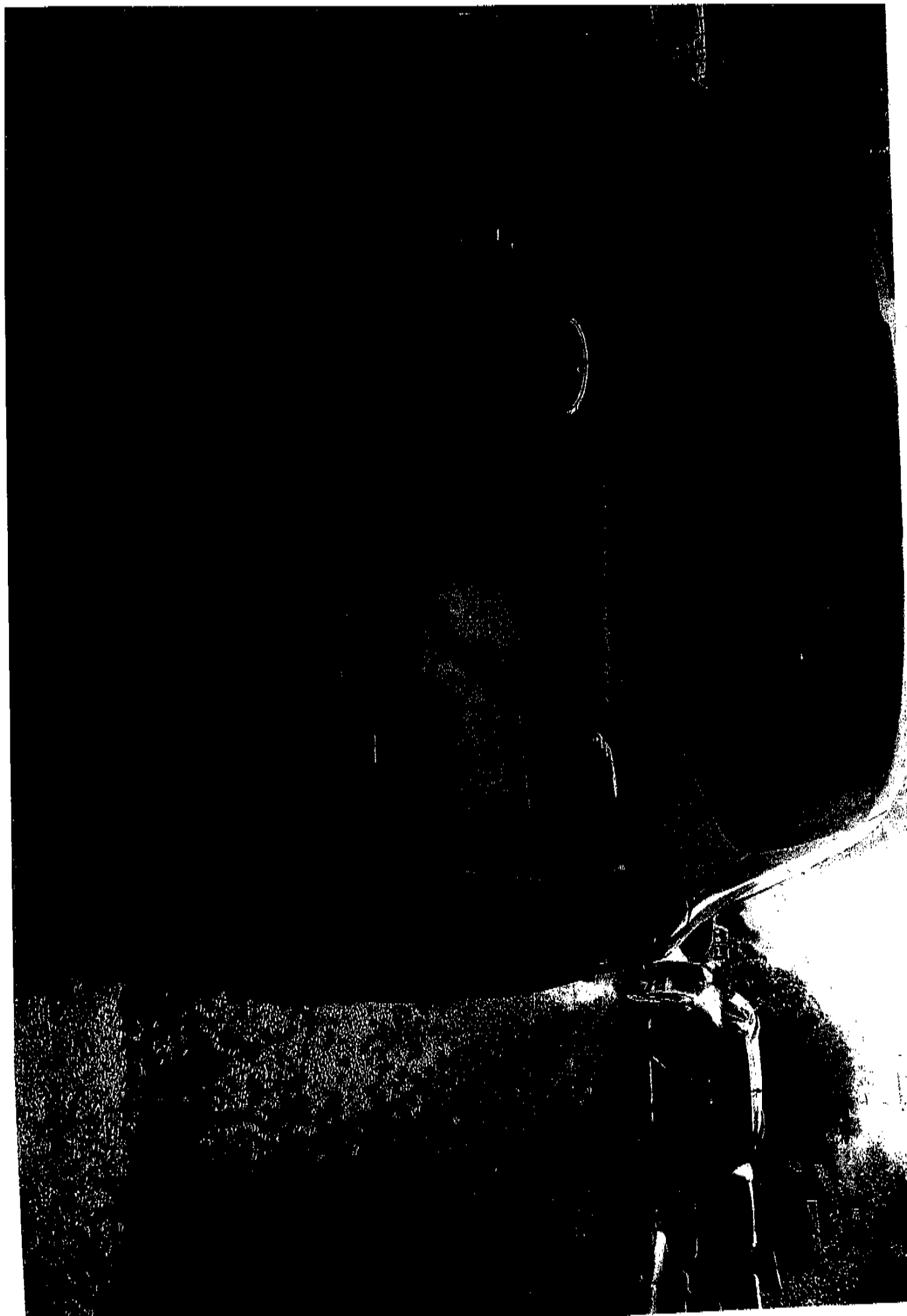
כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על ידי הנ"ל:

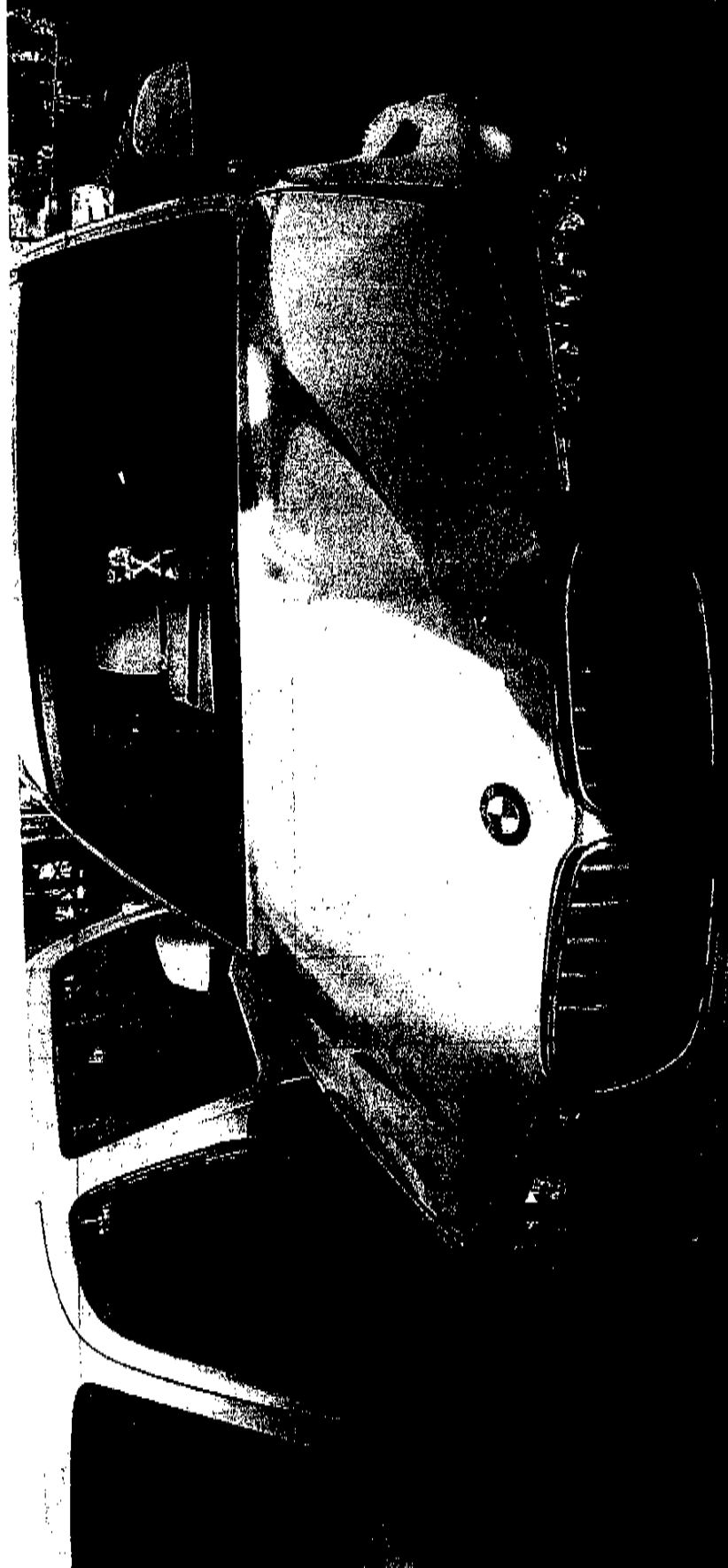
הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

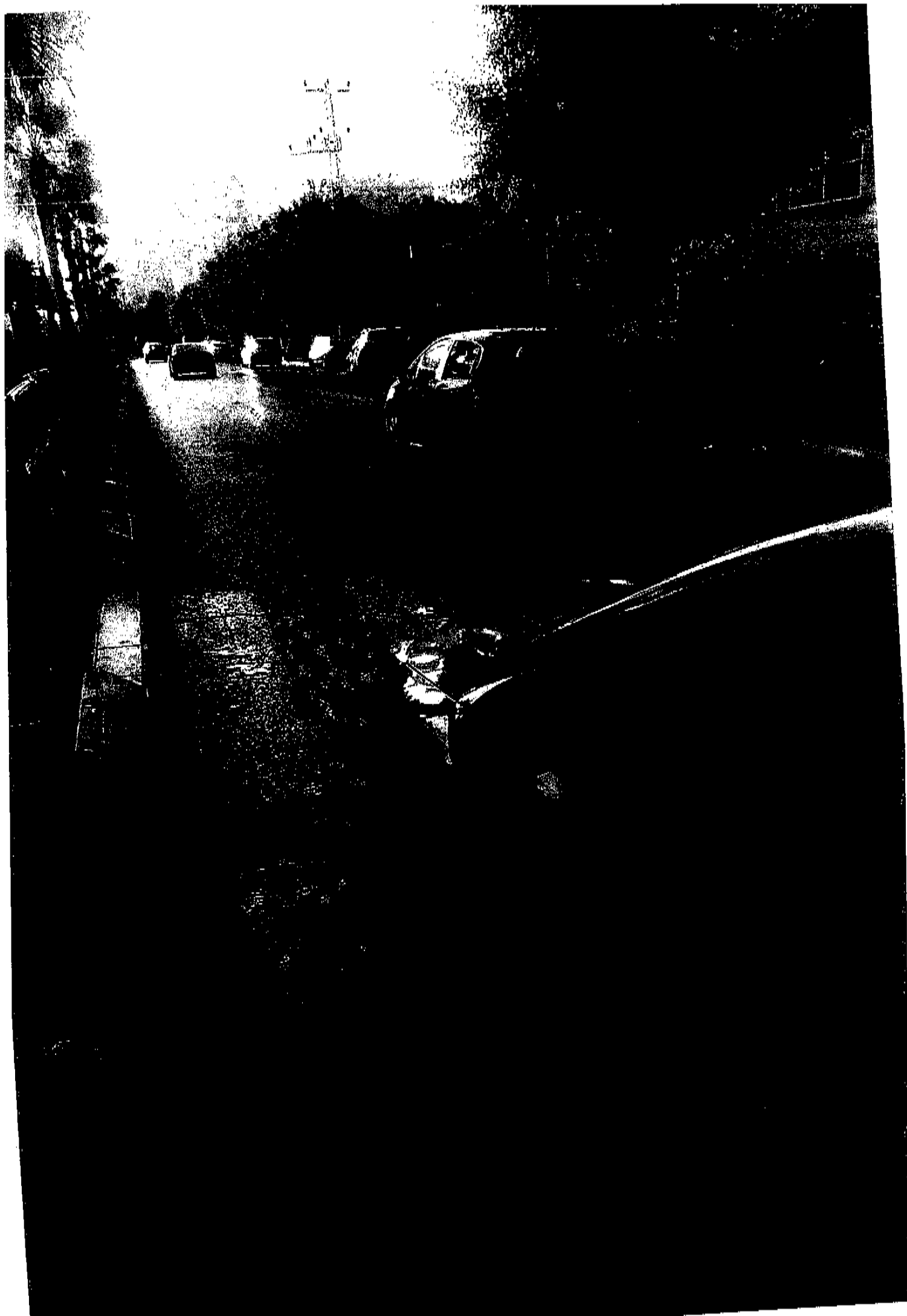


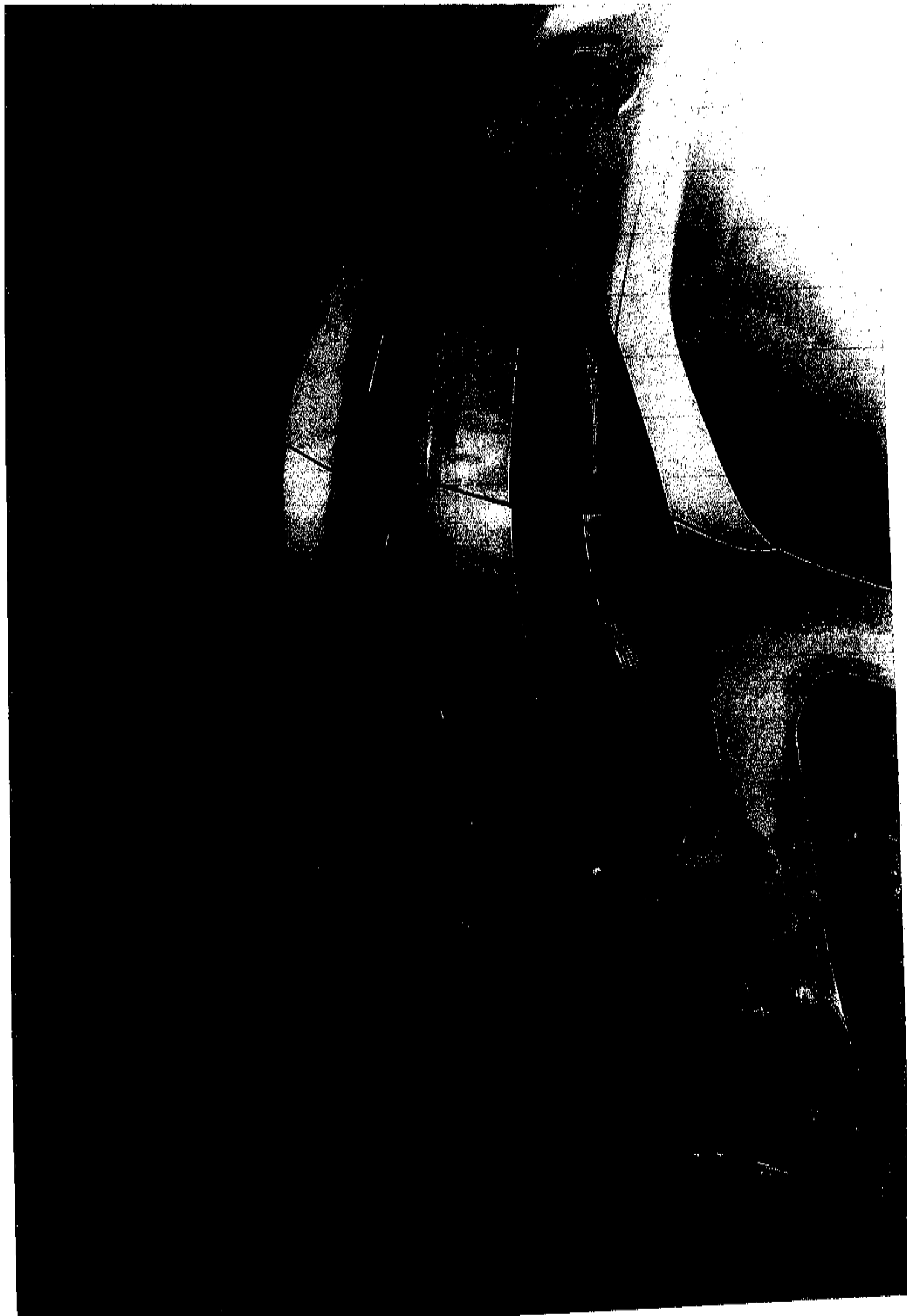


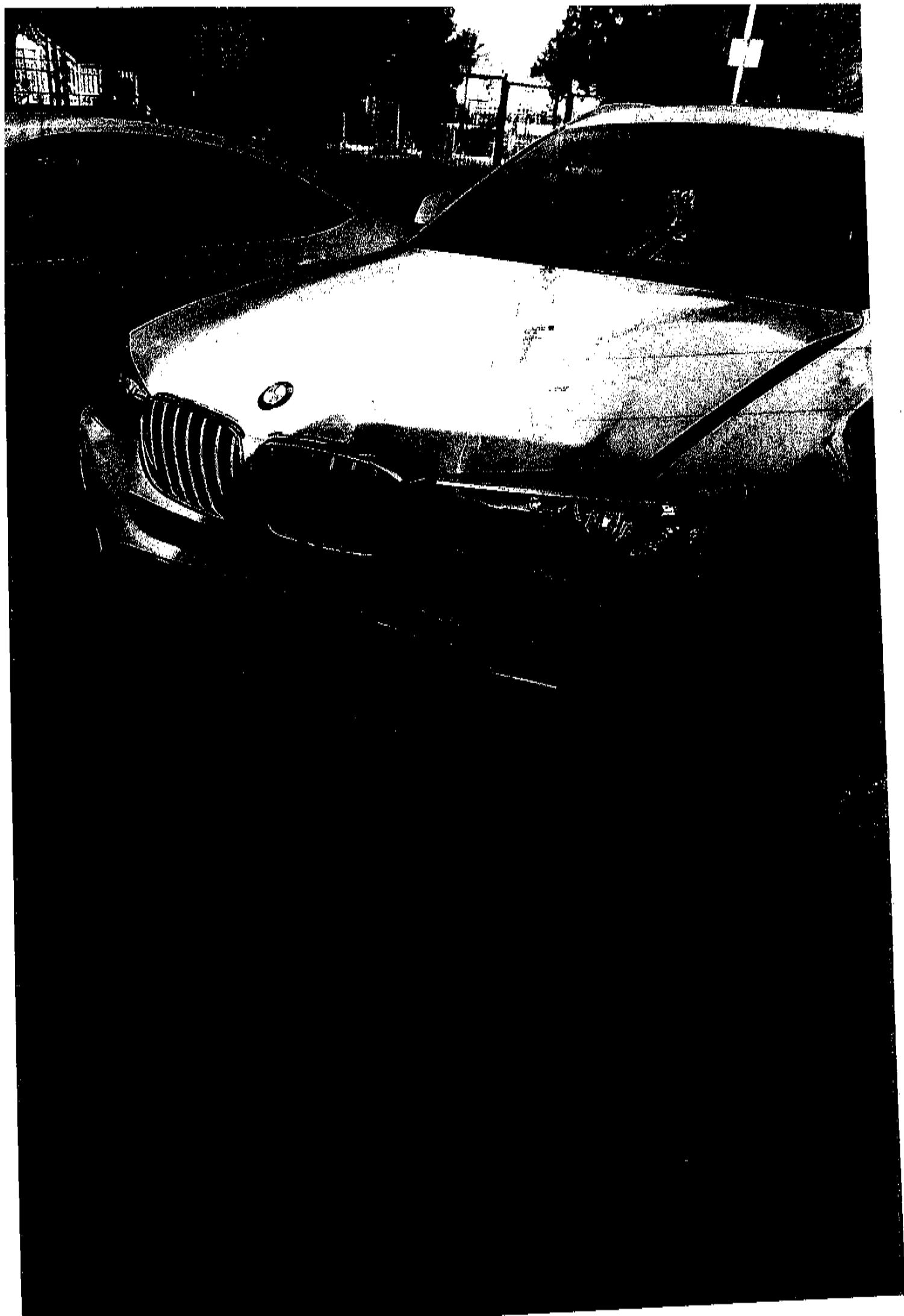












26/06/17

00

F06XXGCC6GL73748

8DC

L73748

מספר מילוי

חוק סדרים

מספר חשבון

39.871 19/06/2017

3

סטטוס

מספר דיווח

3

TREND

FOCUS

00730-0112

16-026

10

10

6

12

150.00

26/06/17

00730-0112



רשיון נהיגה

DRIVING LICENCE

מדינת ישראל

STATE OF ISRAEL



86

0199

- אברהם אבדוראכמאנוב
1. אבדוראכמאנוב
אברהם
 2. ABRAHAM
 3. 08.08.1979
 4. 08.08.1979
 5. 08.08.1979
 6. 08.08.1979
 7. 08.08.1979
 8. 08.08.1979
- 40-11-07-2017
- 08.08.1979

מספר רישוי: 40000

מספר תעודת זהות: 40000

מספר תעודת זהות: 40000

מספר תעודת זהות: 40000

Shderot David Hamelech 2, Lod



שדרות דוד המלך 2, קומה 2, לוד

לכבוד : אברהם אבדורכמנוב TO:

למספר ביקור:

166749

Patient #:	141450	מס' תיק	ID #:	317636199	תז
		אור יחודה		10	חורד

Invoice #:
מס חשבונית: 49863

Original/מקור

מספר עוסק מורשה:
512585548

מספר ע"מ לצורך דיווח
מע"מ: 557760337

Date of Payment: 14/07/2020 תאריך רישום:

Receipt of Payment**חשבונית מס קבלה**

Description: תיאור: ביקור רגיל

92.00 ₪ Credit card/אשראי

Subtotal:	סה"כ לפני מע"מ: 78.63 ₪
VAT:	מע"מ: 13.37 ₪
Total:	סה"כ כולל מע"מ: 92.00 ₪

Issued: 14/07/2020 הונפק בתאריך:

Clearance number : 56001014 מספר שובר:

Company Stamp



חתימה

שדרות דוד המלך 2, קומה 2, לוז

Emergency Medical Centers



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה
 לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
 www.teram.com

תלונה: כאבי גב תאונת דרכים. פרוט: כאבי גב	תיק מס': 141450	גליין שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 166749	אריך ביקור: 22:55 14/07/2021
--	--------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד בדי	שם: אברהם אבדורכמנוב תז: 317636199	קשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם קב תקין זה: מכבי
---	---------------------------------------	--

סיכום הביקור:

Diagnosis:

Back pain

נבים פאראוויטיבראלית בצוואר בצד ימין וגם בגב תחתון מצד ימין

Pulse: 84, TempC: 37.1 PO, O2sat: 99, BP: 113/75 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 40 years 11 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is moderate, Has Para-C-Spine pain, Has Para-L-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(fc planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

היסטוריה / אנמנזה רפואית:

41 בריא עד כה ללא טיפול תרופתי קבוע

ה מעורב בתאונת דרכים ביום קבלתו לדבריו עצר במעבר עצייה ורכב אחר פגע ברקבו מאחור (היה חגור)
 זה מתלונן על כאבים בעמוד שדרה צווארי ובגב תחתון יותר בצד ימין ללא תלונות נוספות

י"קה גופנית:

וצב כללי טוב נינוחה ועירנית

דים חיוניים תקינים

קולות סדירים אך מהירים ללא אוושות

אות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ

ון דכה לא רגישה

- רגישות פאראוויטיבראלית צווארית ובגב תחתון בצד ימין.

CORONA : No cough, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO fever/cough/SOB
 In the past 48 hours, NO contract known positive, No fever over 38, No SOB

לך ודין:

41 בריא עד כה

ה בשל כאבים בגב תחתון מצב ימין וצווארית פאראוויטיבראלית לאחר תאונת דרכים
 יקה גופנית תקינה למעט רגישות בגב תחתון מימין בצוואר
 ילומים-ללא עדות לשברים

ותחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

שכני כאבים לפי הצורך

כל מקרה של החמרה יש לפנות לראפא מטפל

לעיין גם בגליין הביקור הסרוק

Results done (results scanned on actual chart)

היקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרוקו בתוך)

ימים שבוצעו:

וד שדרה מותני <<<

וד שדרה צווארי + דנס <<<

Prescriptions

רשמים שניתן בסוף הטיפול

Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #10 (Ten) tablet

רשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

חיות מחקות והמלצות בשחרור

כ בגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב. זן להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

לחזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מופיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

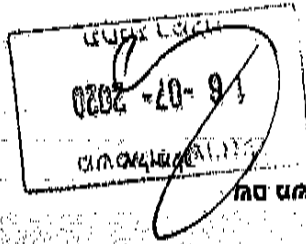
מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

פאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית שלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

תוקף הפניה זו הוא עד ל

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



שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

תאריך: 16/07/2020
מקום: **בית דין**
ל: **בית דין**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

שם פרטי: **דניאל** שם משפחה: **דניאל** ת.ד.: **471763** מ"מ: **471763**

משרד המשפטים



משפטים

משפטים

הסכם ייצוג משפטי ושכר טרחת עורך – דין

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ לחודש _____ 2020

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מ _____
 לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא חלל 7 רמת גן (להלן - "עורך הדין") בעד טיפול
 ב _____ כדלהלן:

~~1.1 פנין דמי פגיעה יבנה שכ"ט בסך של 12% מהתשלום מע"מ.~~

1.2 שכר טרחה באחוזים בסך השווה ל-17% מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.

1.3 במקרה של מענק (9%-19% נכות) ישולם שכ"ט בסך השווה ל-17% מחמענק, בצירוף מע"מ.

2. **מחלת הטיפול ושלפיו הצפויים:** הגשת התביעה, ייצוג בוועדות רפואיות, ערר על ועדה רפואית – הכל בהתאם לצורך ולשיקול דעת עו"ד.

3. חלקות מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין במועדים שיקבעו הצדדים. מוסכם ומובחר כי אי תשלום שכר הטרחה מחווה הפרה יסודית של הסכם זה ויזכה את עורך הדין להתפטר ולחפסיק את הייצוג והטיפול המשפטי וכן לנקוט כנגד חלקות בכל אמצעי לפי דין לשם גביית שכר הטרחה.

4. חלקות מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין אם ידרוש חלקות, מטעמיו הוא, לחפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:

- 4.1 חלקות רשאי לחזור בו מהתקשרות בתוך 7 ימי עבודה חמיום.
- 4.2 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר 7 ימי עבודה ובטרם חוגשה תביעה, ישלם לעו"ד דמי פתיחת תיק בסך 800 ש"ח.
- 4.3 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר הגשת התביעה- ישלם לעו"ד את דמי פתיחת תיק וכן את שכר הטרחה המירבי הקבוע בחוק עבור טיפול בתביעה שאינו כולל ייצוג בוועדות רפואיות.
- 4.4 הפסיק חלקות את ההתקשרות לאחר חופשה ראשונה בוועדה רפואית או לאחר הגשת ערעור או לאחר תביעה לבית דין – ישלם לעו"ד את דמי פתיחת חתיק וכן את שכר הטרחה המלא הקבוע בחסכם זה עבור השלב בו חסתיים הטיפול כאילו חסתיים הטיפול באותו שלב.
- 4.5 במקרה של חפסקת התקשרות ישולמו דמי פתיחת חתיק במועד חפסקת ההתקשרות, ושכר הטרחה חנוסף ישולם בעת קבלת החלטת המזכה בתגמול כספי, גם אם יוצג לאחר מכן ע"י גורם אחר. כמו כן, ישלם חלקות במועד חפסקת הייצוג את יתרת החוצאות שלא שולמה.

5. **הוצאות:** שכר הטרחה אינו כולל אגרות, הוצאות (לרבות הוצאות נסיעה וחניה) וחווה דעת מומחים, אשר יישא בהם חלקות.

חלקות מצהיר כי ידוע לו שהיקף העבודה אינו נמדד במספר מעולות חבוצעות על ידי עורך הדין, כי אם בתוצאות הטיפול המשפטי, על כן מתחייב חלקות לשלם את שכר טרחת עורך הדין כאמור לעיל.

6. חלקות מצהיר כי ידוע לו כי הוא האחראי חבלעדי לשלמות ונכונות חמידע ואו המסמכים המועברים לעורך הדין, וחלקות מוותר בזאת על כל טענה לעניין זה כלפי עורך הדין.

7. חלקות מצהיר ומתחייב בזאת להעביר מיידית לעורך הדין כל מידע ואו מסמך שיתקבל על ידו במהלך הטיפול המשפטי, בקשר לטיפול המשפטי, לרבות תכתובות ואו חודעות כלשהן מהמוסדות כנגדם חוגשו התביעות, חזמנות לועדות ואו בדיקות, חודעה על ביקור מטעם המוסדות וכו'. ככל שלא יעביר חלקות חודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יחיה חלקות מושתק מלטעון כנגד עורך הדין לעניין היעדר טיפול וחלקות יחיה מחויב בתשלום שכר טרחת עורך הדין כאמור בחסכם זה.

8. היה וללקוח ישנן חובות כלשהן, למי מהמוסדות כנגדם חוגשו התביעות, במועד תחילת הטיפול המשפטי ואו לאחריו, וחלק מחזיקיים ואו הפיצויים הצפויים לחתקבל יקווזו על ידי מי מהמוסדות חנייל לכיסוי החוב, יחושב חסכום שקווזו כחלק מסכום חזיקיו ואו חפיציו, לצורך חישוב חתמורה לו זכאי עורך הדין.

9. חלקות מצהיר כי בהתימתו על חסכם זה מתחייב חלקות לשלם את חתמורה חמלאח לעורך הדין, לפי חסכם זה, גם אם יחליט חלקות שלא לממש את זכותו לכשתתחווה בכל עת ממועד התימתו על חסכם זה, לרבות אם יבחר לחפסיק את הטיפול ואו לחמשיך הטיפול באמצעות אחר ואו בעצמו.

10. מוסכם כי תוקפו של חסכם זה יחיה יפה עד לחשלמת הטיפול המשפטי ועד לסיומה של חתקופה חנקובה לפי סעיף 1.1 לעיל, וחלקות מחויב בחמשך תשלום שכר טרחתו של עורך הדין בגין מלוא תקופת תשלום שכר הטרחה.

11. מוסכם כי במידה וייפסקו ללקוח תשלומים שונים לתקופה זמנית, ימשיך חסכם זה לעמוד בתוקפו והטיפול על ידי עורך הדין יימשך עד מימוש מלוא זכויותיו של חלקות בתוך חתקופה חתמורה בסעיף 1.1.

12. מובחר כי בתביעות ביטוח תשלום שכר הטרחה לעורך הדין יחיה עבור כל חתקופות חמאושרות, מעת לעת על ידי חברת הביטוח, עד לגובה תקופת חתשלום חנקובה בסעיף 1.1 לעיל.

13. מוסכם כי כל חסכומים חמפורטים בחסכם זה, ככל שלא ישולמו במועד, יישאו חצמדה למדד חמחירים לצרכן, כאשר מדד חבסיס חינו חמדד חידוע ביום חתימת חסכם זה, כמו גם ריבית לפי חוק פסיקת ריבית ממועד חתימת חסכם זה.

14. מוסכם כי חסמכות חשיפוטיות בכל חנוגע לחסכם זה תינתן לבית חמשפט חמוסמד במחוז תל אביב בלבד, אולם עורך הדין יחיה רשאי לנקוט בחליכים לפי חסכם זה בכל בית משפט, וחלקות מוותר בזאת על טענות לעניין חסמכות חמקומית.

15. חלקות קיבל חעתק וכן דף מידע כללי.


 חתימת חלקות

חתימת עו"ד

- ב. במידה וחלקות יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם חלקות שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.
- ג. במידה וחלקות יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם חלקות לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.
- ד. חלקות מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו לחלקות, את שכח"ט שמגיע לעוה"ד על פי חסכם זה, וזאת מתוך חסכום הראשון שיתקבל עבור חלקות מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד חח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע לחלקות כי חסכם זה מחוזה אף "חסכם בורות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה וחנתבעים הציעו לחלקות פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד חמליץ ללקוח להתפשר בסכום חנ"ל, וחלקות סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל חלקות מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהחלקות סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראית באתי על החתום:

עורך דין

חלקות

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרמים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחה עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:
 - א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת חזקחות).
 - ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
2. שכר הטרחה אינו כולל חליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
4. במידה וחתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון החוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול).
5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון החוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג (יגבו בסוף הטיפול).
6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביחמ"ש בחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבחשכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו החזרות כדלקמן:
 - א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחשכם זה.

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

החוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מלטיק נכד, נא שיתן בדברי החסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

שם המעביד/המפיק/הקבוץ/המעידי		מספר תיק נכדים		טלפון קווי	
א.ס. אלקטרוניקה		92512913200		03 53951100	
רחוב / תא דואר		מס' בית		מיקוד	
אברהם גרין		24		5627	
שם פרטי		שם שרטי		מספר זרחות / דרכון	
אברהם		אברהם		31176316199	

לפנוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

שם משפחה		שם פרטי		מין	
אברהם גרין		אברהם		זכר	
מספר זרחות / דרכון		מספר תיק נכדים		מספר תיק נכדים	
31176316199		92512913200		03 53951100	

נפגע בתאריך		בשעה		כאשר עבד ב	
14/07/2010		19:10		סוג העבודה	
שנה		חודש		יום	
2010		07		14	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר					
כתובת מקום התאונה					
א.ס. 115 - רחוב					
תיאור התאונה: 3' אית' בנסעה 18:30 מהמסלול כשהצט' לנפגע, הצט' בנסעה חצי' והרכב, שמאחור' לא הספיק לעצור ונפגע ברכב. כתוצאה מההפצצה א' סבל מנכא יב' ממתן 1311 א' האבר שנפגע יב' מתן 1311 א'					

אנו החתומים מטעם מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו בעובד בזמן הפגיעה בעבודה.	
אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן	
תאריך 16/7/20 תפקיד החתום אברהם גרין שם החתום א.ס. חתימה וחותמת *	

shalom Levy
V.P Operations

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 16/07/2020

ד"ר קליין נגי

מ.ר. גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית | אורתופדית כתף

התמחות:

מומחה לכירורגיה אורתופדית



0033811498



108767

קוד הפניה: 179605479

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כחול אלי 1 בת ים

פרטי המבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317826199
ת.לידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, תל אביב	מיקוד: 7227311	טל. עבודה/נייד: 0546757128

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תמונה דרכים

תלונות: בג 40

כריא בדר"כ

פציעה ב"כ שמשאל לאחר נפילה בשנת 2000 - שבר קרסול אשר טופל ניתוחית לדבריו
 2010-11-17 ח"י נפגע מרכב אחר מאחור, נבדק במוקד וכן צולם לע"ש צווארי ומוחתי - ללא עדות לשבר.
 נחלש לימין גב תחתון, צוואר וכן מפציעים לרגל ימין.
 ללא הפרעה סוגרית חדשה.
 טופל עם ניגודי דלקת וללא שיפור משמעותי.

ממצאים רגישות דיפוזית קלה על גבי ע"ש לכל אורכו, תנועות צוואר מלאות.
 ללא חסר עצבי בגפיים עליונות או תחתונות לפי C4T1L2S1 החזרים גידים סימטריים לא הופקו החזרים פתולוגיים

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיה:

- CYST KIDNEY ACQUIRED Left (05/2020) PER US
- COLONOSCOPY (11/2019) SIGMOIDOSCOPY: HEMORRHOIDS
- POLYP GALLBLADDER (09/2017)
- FATTY LIVER (05/2020)
- GASTROSCOPY (07/2016) NORMAL
- ANEMIA (2016)
- HEMORRHOIDS (2015) PER SIGMOIDOSCOPY
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (17/05/2018)
- FOLIC ACID DEFICIENCY, (2015)
- VITAMIN D DEFICIENCY-UNS (2015)
- LACTOSE INTOLERANCE

רגישות: 30/05/2019 - ללא שינוי

רגישות לנתרופון: נפילות, פריחה - 16/11/2005 - PENICILLIN

תרופות סבירי:

FOLIC ACID MAC 5MG X 30 1X1X30

מעטלות: הפסיק

סיבות להחלטה: המשך טיפול

תאריך הדפסה: 16/07/2020

מכתב זיכרון לבריאות

מ.ר. גורם מפנה



108767

ד"ר קליין תני

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיית כתף

התמחויות:

מומחה לכירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: קטן אלי 1 בתים

שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: אברהם		ת.ז.: 317616199	
תולדה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423	טל. עבודה/ביד: 0546757128	כתובת: בוגנים אהרון 12/9, תל	
מיקוד: 7227811		פרטי: 0317536199			

אישור מחלה

הנני מצהיר כי הנני "לחלה/תה", האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אירוע: ... מועד: 14/07/2020 עד יום: 21/07/2020 סה"כ: 8 ימים.

ד"ר קליין תני
אורתופדיית כתף
מ.ר. גורם מפנה
108767

16/07/2020

חתימה עליונות הרופא

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

מיחליה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.לידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811	טל.עבודה/נייד: 0546757128
0317636199		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' דר' טואטי קולט תאריך הפקה: 30/09/2020

מר/ת אבדורכמנוב אברהם ת"ז: 317636199

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY

מטרות:

מטרות: יוכל לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב תחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים
 תאריך יעדי סטאטוס תאריך יצאה
 21/07/2020

טופל החל מ- 21/07/2020

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	54	63
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	7
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	נמוך

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרבית
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטיהערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צווארי ומותני,
הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה ועיסויות.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



134453

פיזיותרפיה

זלייה סאלט

יותרפיה

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.לידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423	טל.עבודה/נייד: 0546757128
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811		

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: מיחליה סאלם

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מכבי
מכון פיזיותרפיה
רמלה

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מ.ר גורם מפנה



134453

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

מי חלייה סאלם

פיזיותרפיה

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אברור	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.ל.י.ד.: 0546757128	טל.עבודה/נייד: 0547921423	טלפון: 08/08/1979	מ.י.ז:
מיקוד: 7227811	בוגנים אהרון 12/9, רמלה	ת.ל.י.ד.: 08/08/1979	מ.י.ז:
	כתובת:	0317636199	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/09/2020

317636199

ת.ז.:

לכבוד דר' דר' טואטי קולט

מר/ת אברור אברהם

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY.

מטרות:

תאריך יצירה
21/07/2020

סטטוס

תאריך יעד

מטרות

יכול לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב
תחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים

טופל החל מ- 21/07/2020

מדדי תוצאה:

ציון בביקור
אחרון

ציון בקבלה

שם מדד

63	54
7	8
נמוך	גבוה

מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)

Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללי:

THERAPEUTIC EXERCISE

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACKEVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

EDU SELF EXERCISE

Therapeutic Exercises-

Modalities-

Administrative and Others-

Specific Education Techniques-

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרוכה
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטיהערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צוואר ומותני.
הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה ועיסויים.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

מיחלייה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם
ת.לדה: 08/08/1979	מ.י.נ.ז: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811
0317636199	0546757128
0317636199	0546757128

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: מיחלייה סאלם

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

☑ הפק ללא הדפסה

מחלקת מכבי
מכון פיזיותרפיה
סניף רמלה