

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה נאוין	שם פרטי תמר	שם האב ריצ'רד ר	מס' זיהוי 317871960	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמת גן	רחוב דרך התפוצות	מס' 44	מיקוד 5226459	שנת לידה 1996
חבר (כל)	כ	מקצוע מוכרנית	טלפון 0503720304	שם המעביד וכתובתו to go
ת. פגיעה 02/09/2020	שעה 23:20	התעסקות בשעת הפגיעה סגירת החנות		
האיבר שנפגע מרפק שמאל	שם הרופא המטפל עמית מורדוביץ	נמצא בטיפול מיום 03/09/2020		

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

בת 23 בריאה בד"כ. אסתמה ברקע. ללא טיפול תרופתי קבוע לא ידוע על אלרגיה לתרופות מחוסנת לטטנוס מהצבא- 5 שנים מהגיוס
 טתמול בזמן עבודתה בחנות התנפצה דלת זכוכית מספר חתכים שטחיים ללא דימום פעיל
 באזור מרפק משמאל חתך קווי מעט עמוק יותר
 תעבור כעת הדבקה במרפאה על ידי

אבחנה:

- LACERATION HAND
- WORK ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

ימים, היינו מיום: 03/09/2020 עד יום: 07/09/2020 (בכלל)

03/09/2020

תאריך הבדיקה

ד"ר עמית מורדוביץ
 מ.ר. 126554
 מומחה לרפואת משפחה
 39743
 חתימה וחותמת רפואית

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



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאווין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:



מיקוד 4802110

שבדי 10/40, ראש העין

כתובת:

0317871960

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 23/05/2021

לכבוד דר' ד"ר גויצקי מיכאל

317871960

ת.ז:

נאווין תמר

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תרים שקיות סופר ללא כאב או מגבלה	01/03/2021		23/01/2021
2. המטופלת תעשה את עבודתה היומיומית בחנות נעלית, ללא כאב	01/03/2021		23/01/2021
3. המטופלת תצליח לפתוח צנצנתללא קושי	01/03/2021		23/01/2021

טופל החל מ- 23/01/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	56	67
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	6	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ULTRASOUND

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 8 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

יכולת חזרה לפעילות: כן

חתימה



טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

שם משפחה: נאוין	שם פרטי: תמר	ת.ז.: 317871960
ת.לידה: 18/12/1996	מין: נ	טלפון: 000000000
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין	מיקוד: 4802110	טל.עבודה/נייד: 0503720304



0317871960

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

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

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

שם פיזיותרפיסט: **מכבי שירותי בריאות**
מכון הפיזיותרפיה
מרכז קפואי ראש העין



0060412673



122055

קוד הפניה: 231585291

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: באוין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

טלפון: 0000000000

מ.י.נ: 18/12/1996

ת.לידה:

מיקוד 4802110

שבזי 10/40, ראש העין

כתובת:



0317871960

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

קוד

הבדיקה הדרושה

3070

מרפק שמאל 2 צילומים (AP+ALT)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 24, ברקע אסתמה

לפני כשנה (2020) התנפצות דלת זכוכית עם חתכים במרפק שמאל, במוקד נעתה הדבקה של חתכים

עשתה פיזיותרפיה ומתעמלת

בבדיקה - צלקות סגורות תקינות מרפק שמאל

טווח מלא יישור כיפוף ופ-ס

רגישות באיזור אפיקונדיל לטרלי ודיסטלית אליו מחמיר ביישור כנגד התנגדות של אצבע 3 וש.כ.

לא נפיחות באיזר

כח גס ותחושה שרמזים דיסטלית ספק טינל חיובי בניקוש על תעלה רדיאלית

דופק רדיאלי נמוש

ללא סימני חוסר יציבות

המלצות:

צילומים US תרגילים (עברה פיזיותרפיה עם שיפור בעבר) ושימוש בחבק מרפק

אבחנה:

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

בעיות ידועות:

• ANEMIA (07/2021)

מעש/ת: לא

11/08/2021

ד"ר אהוד המבורגר
מ.ר. 122055
אורתופד

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/08/2021 עד תאריך - 07/02/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

ד"ר המבורגר אהוד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0060412673



122055

קוד הפניה: 231585321

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאווין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

0000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:

מיקוד 4802110

שבזי 10/40, ראש העין

כתובת:



0317871960

US איברים

קוד

6884

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

מרפק שמאל

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא המסביר את הכאב?

תלונות: בת 24, ברקע אסתמה

לפני כשנה (2020) התנפצות דלת זמנית עם חתכים במרפק שמאל, במוקד נעתה הדבקה של חתכים

עשתה פיזיותרפיה ומתעמלת

בבדיקתה - צלקות סגורות תקינות מרפק שמאל

טווח מלא יישור כיפוף ופס

רגישות באיזור אפיקונדיל לטרלי ודיסטלית אליו מחמיר ביישור כנגד התנגדות של אצבע 3 וש.כ.

לא נפיחות באיזר

כח גס ותחושה שרמזים דיסטלית ספק טינל חיובי ביקוש על תעלה רדיאלית

דופק רדיאלי נמוש

ללא סימני חוסר יציבות

המלצות:

צילומים US תרגילים (עברה פיזיותרפיה עם שיפור בעבר) ושימוש בחבק מרפק

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

אבחנה:

בעיות ידועות:

• ANEMIA (07/2021)

מעשנות: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

11/08/2021

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/08/2021 עד תאריך - 07/02/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



122055

קוד הפניה: 231585369

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	שם משפחה: נאוין	שם פרטי: תמר	ת.ז.: 317871960
ת.לידה: 18/12/1996	מין: נ	טלפון: 0000000000	טל.עבודה/נייד: 0503720304
כתובת: שבזי 10/40, ראש העין	מיקוד: 4802110		

הפניה לאביזר / ציוד רפואי**במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)**

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• ELBOW LATERAL EPICONDYLITIS (TENNIS ELBOW)

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	כמות	קוד אביזר	קוד ספק	מכר במכביפארם
חבק מרפק (טניס) - (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	96571		כן

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 25/09/2021

11/08/2021

תאריך

ד"ר אהוד המבורגר
מ.ר. 122055
אורתופדיה
מחלקה נחותמת

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)



118867

פיזיותרפיה

13.05.2021

ביינה סיון

פיזיותרפיה

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאוין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:



מיקוד 4802110

שבדי 10/40, ראש העין

כתובת:

0317871960

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 23/05/2021

לכבוד דר' ד"ר גויצק' מיכאל

317871960

ת"ז:

נאוין תמר

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION ELBOW &/OR FOREARM •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תרים שקיות סופר ללא כאב או מגבלה	01/03/2021		23/01/2021
2. המטופלת תעשה את עבודתה היומיומית בחנות נעלית, ללא כאב	01/03/2021		23/01/2021
3. המטופלת תצליח לפתוח צנצנת ללא קושי	01/03/2021		23/01/2021

טופל החל מ- 23/01/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	56	67
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	6	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ULTRASOUND

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

חתימה



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317871960

שם פרטי: תמר

שם משפחה: נאויין

טל.עבודה/נייד: 0503720304

000000000

טלפון:

מין: נ

18/12/1996

ת.לידה:



מיקוד 4802110

שבז' 10/40, ראש העין

כתובת:

0317871960

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

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

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסהשם פיזיותרפיסט: מר. מנחם חפז
מכון הפיזיותרפיה
ראש העין