

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

3.12.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
מחלקת ביטוחי בריאות
אילון חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: שיר קלנר, ת.ז. 319074407
תאונה מיום 28.8.19
תאונות אישיות

1. הנני מייצג את מרשתי שבנדון בעקבות התאונה שבנדון (להלן: "התאונה").

*רצ"ב יפוי כח

2. ביום 28.8.19 במהלך אימון נבחרת הג'ודו נפלה מרשתי ונחבלה בזרוע ובכתף ימין (להלן: "התאונה").

3. לאחר התאונה טופלה מרשתי בבית החולים מאיר, בכפר סבא, והיא הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, הימנעות מהפעלת הכתף וחופשת מחלה.

4. מרשתי טופלה הן במסגרת הקהילה והן במסגרת פרטית ע"י מומחה כתף, אשר המליץ לה על שימוש במתלה וביצוע בדיקות הדמיה באופן מיידי.

5. בדיקת MRI ובדיקת EMG שביצעה הדגימו קרע לאורך הלבדום הקדמי כולו (מרכיב של HAGL היל זקס) וחוסר תגובה של העצב האקסילי.

*רצ"ב תעודות רפואיות.

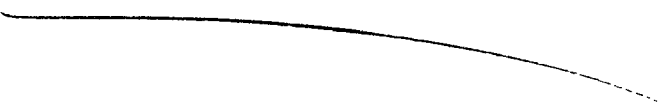
6. מחמת התאונה הייתה מרשתי באי כושר מלא לעיסוקה ונעדרה מאימוני הנבחרת למן יום התאונה ועד ליום 1.10.20. כן נגרמו למרשתי הוצאות רפואיות.

*רצ"ב קבלות חלקיות ואישור היעדרות מטעם איגוד הג'ודו.

7. על פי תנאי הפוליסה זכאית מרשתי, בין היתר, לפיצוי בגין אובדן כושר זמני, אשפוז, הוצאות רפואיות ושברים.

8. אודה עבור העברת התשלום לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.

~~בכבוד רב ובתודה,~~
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u> </u> שם משפחה	<u> </u> שם פרטי	<u> </u> תעודת זהות	<u> </u> שם האב
<u> </u> רחוב	<u> </u> מס'	<u> </u> עיר	<u> </u> מיקוד
<u> </u> טלפון	<u> </u> סלולר		

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: _____ מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.12.20 עד לחתימה ומס' 62254 חתימה: _____ X

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, קלר
ת.ז.ח.פ. מס' 319074407, מרחוב כיר

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 1 לחודש 12 שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשומה 319074407
ת.ז.ח.פ. 319074407

28/08/2019 12:05 135350 מ.ר. אגבאריה אלטייב מ.ר. הופק ע"י דר' אגבאריה אלטייב מ.ר. **28/08/2019 שחרור מהמלרד מתאריך**

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2019114288
טלפון: 09-747-180
פקס: 09-7410994

שם משפחה:	קלר	ת. לידה:	11/06/1998
שם פרטי:	שיר	ת. זהות:	31907440-7
כתובת:	חולות גאולים צורן 4, קדימה	נקבה	
טלפון:	0502569972	גיל:	21
סוג דם:			
גורם מממן:	שרון שומרון	שם האב:	עמי

מספר קבלה: 2019114288
תאריך קבלה: 10:55 28/08/2019

משרד קבלה

סיבת פנייה: חבלה
הפנייה: ק
סטטוס מטופל: אחר

רופא אחראי

רופא: דר' אגבאריה אלטייב מ.ר. 135350

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

- CLOSED DISLOCATION OF SHOULDER (Right) (8310)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

פריקת כתף ימין

בדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
28/08/2019 12:04	דר' אגבאריה אלטייב מ.ר. 135350	בת 21 שחקנית ג'ודו מ.נ.	לדבריה יהום במהלך אימון פרקה כתף וחזר ספונטאני , פריקה ראשונית בבדיקה : כתף ימין : טווחים שמורים , ללא רגישות ב ACJ , גרבר וגובס שלילי , ללא GAP בצילום כתף ימין ללא ממצא גרמי טרי לפי המלצת דר חצרוני יש צורך ב MRI כתף ימין בקופח

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
28/08/2019	11:15	מדדים		
			A	מצב הכרה
			7	רמת כאב
				לקח נגד כאבים טרם הגעתו

בדיקות עזר

צילום כתף מלא ימין 28/08/2019

לא הוקלדה תשובה

צילום כתף מלא ימין 28/08/2019

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	קלנר	תאריך לידה:	11/06/1998
שם פרטי:	שיר	ת. זהות:	31907440-7
סוג דם:	שם האב:	עמי	

לא הוקלדה תשובה

המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל.
פזיטרפייה- הפעלה של מרפק ושכי ימין, כתף- פנדולום.
להמנע מהרמת משאות כבדים עם היד.
משככי כאבים לפי הצורך.
מתלה לכתף למשך 21 יום.
ביצוע MRI לכתף ימין לאור פריקות חוזרות.
מעקב במסגרת מרפאת כתף במוסדינו עוד 21 יום.
חופשת מחלה: 3 שבועות.

מופנה למזכירות המיון לצורך תיאום ביקורת.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

דר' אגבאריה אלטייב מ.ר. 135350

מכתב נחתם ע"י:

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית: _____

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' אגבאריה אלטייב 28/08/2019 12:05

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

בקשה להתקבל לבית חולים

פרטי החולה



114288-19
0031907440-7
מיון אורתופ 53100
ש"ר עמי
קדימה חולות גאולים צורן 4
050-2569972
21 11/06/98
נפילה חבלה כתף
0112 שרון/שומר מאיר

שם משפחה	שם פרטי	מס' הזהות
כתובת החולה	תאריך לידה	מספר טלפון
שם האפוסטרופוס	כתובת האפוסטרופוס	מספר טלפון

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל/י לקבל את החולה*, לבית החולים, על שלוחותי, מחלקותי ויחידותי השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ובקיסה בהליכים רפואיים נחוצים.

1. ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפול בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
2. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה* לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
3. אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות החולה*, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/לחולה*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.
4. א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות החולה, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפוני*
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד*
א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____

5. אני מתחייב/ת לעדכן/להוציא את החולה* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/חולה.
6. כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה החולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/להוציא את החולה להעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.
7. למי שאינו/אינה מבוסס/ת בשירותי בריאות כללית - אם קופת החולים בה אני/החולה מבוסס/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז החולה, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
8. אני מאשר/ת לא מאשר/ת* לשירותי בריאות כללית לשלוח אליי, באמצעים מקוונים (דואר אלקטרוני, מסרים מיידים, SMS, הודעות טלפוניות) הודעות הקשורות בטיפול הרפואי שלי.
9. הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה _____ חתימת החולה _____

אישור אפוסטרופוס

(אם המטופל קטין או פסול דין) שם _____ קרבה _____ חתימה _____

*מחק/י את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות - יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.

בסעיף 4 - החולה/אפוסטרופוס, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו יימסר לגורמים שיקבע.

29/08/2019 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

קלנר שיר

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	11/06/1998	עמי
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
קדימה ישוב	מס בית	4	50	2569972	7255122 - 50
חולות גאולים צורן	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 35384059297

גורם שולח



5384

מספר הפניה



035384059297

תז נבדק



0319074407

מספר רשיון



035817

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
בת 21 שחקנית ג'ודו
28.08.2019 לדבריה במהלך אימון פרקה כתף וחזר ספונטאני.
פריקה ראשונה.
בבדיקתה במיון אורתופדי ב"ח מאיר:
גרבר וגובס, ACJ, כתף ימין: טווחים שמורים, ללא רגישות ב
GAP שלילי, ללא
בצילום כתף ימין ללא ממצא גרמי טרי
כתף ימין בקופח MRI לפי המלצת דר חצרוני יש צורך ב

סומנים חיוניים: גובה 161.5 27/11/2018 משקל 54 27/11/2018 bmi 20.70

לחץ דם 104 / 63 19/04/2015

דופק 60 19/04/2015 סדיר

06/12/2018 מתאריך 125.29 eGFR

קוד	איפיון	אבחנה
831	rt	SHOULDER DISLOCATION

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 2

29/08/2019

הודפס ע"י ד"ר ראשד קשקוש

00-31907440-7

הפניה לרפואה יועצת

קלנר שיר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		GASTROENTERITIS INFECTIOUS -ROTA VIRUS.

מטרת הבדיקה: מעקב

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ראשד קשקוש

35817

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 תוסס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

29/08/2019

הודפס ע"י ד"ר ראשד קשקוש

00-31907440-7

קלנר שיר

תאריך 29/08/2019

הפניה לדימות

פרטי המטופל				
קלנר שיר	00-31907440-7	21.02	נ	11/06/1998
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה
חולות גאולים צורן	4			
קדימה ישוב	מס בית			
שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב
7255122 - 50	2569972 - 50	7255122 - 50	2569972 - 50	7255122 - 50
טלפון נוסף	טלפון	טלפון נוסף	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 35384059295



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

לכבוד: MRI כתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78555	73221	ת.מ. MRI כתף	10406029

המטופל מתלונן על בת 21 שחקנית ג'ודו 28.08.2019 לדבריה במהלך אימון פרקה כתף וחזר ספונטאני.
פריקה ראשונה.
בבדיקתה במיון אורתופדי ב"ח מאיר:
גרבר וגובס, ACJ כתף ימין: טווחים שמורים, ללא רגישות ב
GAP שלילי, ללא
בצילום כתף ימין ללא ממצא גרמי טרי
כתף ימין בקופח MRI לפי המלצת דר חצרוני יש צורך ב

סימנים חיוניים גובה 161.5 נמדד ב: 27/11/2018 משקל 54 נמדד ב: 27/11/2018 BMI 20.70
לחץ דם 104 /63 נמדד ב: 19/04/2015
דופק 60 נמדד ב: 19/04/2015 סדיר

eGFR 125.29 מתאריך 06/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
831		SHOULDER DISLOCATION

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		GASTROENTERITIS INFECTIOUS -ROTA VIRUS.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר ראשד קשקוש

שם הרופא

35817

מספר רשיון

חתימה וחוקת 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

ניה לדימות

ר שיר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-31907440-7 הודפס ע"י ד"ר ראשד קשקוש
דף 2 מ 2
29/08/2019

מס' 28/8



114288-19
מ"ר אורח 53100
0031907440-7
58005078
ע"מ 112
21 11/06/98
10:55 28/08/19
ב"ח מא"ר



מכון וינגייט
WINGATE INSTITUTE

אל: כמ"ר ברנעס, ממבר מ"ו
צ"ר א. חלוצי ק"ר
מאת:

הנדון: מ"ר קסר, רח' ד-40 אדס 3190
שלום רב,
הינני ספדיטלית חתומה - אורח. ביום
הוא/היא נפגש עם כתב ימ"ל - פרטישג לכתב
ויוצא מכתב ומוחזר.
ממקדק - באורח, מאוז, לא ניתן להפיק
טובות ונאם אקטיביזם
מזאת על קמלוג בלתי נכח ויך
ימ"ל, עם יריד משמעות וכוונותיו.
מחשבות: מנוגד בלי צוואר - אדם
פראגמטי, נחלק וסוף בלתי מסבך ימ"ל
מופנה למקדק מ"ו למעקב
ב"ר וליפול



מכון וינגייט
ד"ר טובה גליצקיה
מ"ר 3-1608
המחלקה לרפואת ספורט

ממבר כ"ר

[Signature]

עמוד 2 מתוך 2

ת"ז: 31907440-7 מ.ג.ישה: 1285002131015;

בבדק: שיר קלנר

25/9/2019 10:25

מספר רשיון: 23756

אושרר ע"י: ד"ר יבגני קוז



05/09/19

לכב' הרופא המטפל

קלבר שיר מ.ז. 319074407

בת 21 . ג'ודוקא.

בתאריך 28/08/19 תוך כדי אימון חשה שכתף ימין יוצאת ממקומה וחוזרת. לאחר מכן נימול לאורך היד.
נבדקה בחדר מיון- לא אובחן שבר.
בבדיקה: ירידה בתחושה אקסילרית.

Rt Shoulder Dislocation- First

המלצות:

- (1) שימוש במתלה ע"פ הנוחות.
- (2) ביצוע MR Arthrography כתף ימין- מידת הנזק? צורך בהתערבות ניתוחית מיידית?
- (3) פיזיותרפיה.

בברכה

ד"ר דולב דמשצ'ק ערן

ד"ר דולב דמשצ'ק ערן
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ד. 32375 מ.ר.מ. 25876

לכב' הרופא המטפל

16/09/19

קלבר שיר מ.ז. 319074407

בת 21. ג'ודוקא.

בתאריך 28/08/19 תוך כדי אימון חשה שכתף ימין יוצאת ממקומה וחוזרת. לאחר מכן נימול לאורך היד.
נבדקה בחדר מיון- לא אובחן שבר.
בבדיקה: ירידה בתחושה אקסילרית.

Rt Shoulder Dislocation- First

המלצות:

- (1) שימוש במתלה ע"פ הנוחות.
- (2) ביצוע MR Arthrography כתף ימין- מידת הנזק? צורך בהתערבות ניתוחית מיידית?- בדיקת MRI לא תספק במקרה זה שכן נזקקת הדגמה טובה קרע לברלי אם אכן קיים.
- (3) פיזיותרפיה.

בברכה

ד"ר דולב דמשצ'ק ערן

ד"ר דולב-דמשצ'ק ערן
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ד. 32375 מ.ר.מ. 25876

03/10/19

לכב' הרופא המטפל

קלנר שיר מ.ז. 319074407

בת 21. ג'ודוקא.

בתאריך 28/08/19 תוך כדי אימון חשה שכתף ימין יוצאת ממקומה וחוזרת. לאחר מכן נימול לאורך היד.

נבדקה בחדר מיון- לא אובחן שבר.

בבדיקה: ירידה בתחושה אקסילרית.

MRA- קרע לאורך הלבדום הקדמי כולו. מרכיב של HAGL. היל זקס.

Rt Shoulder Dislocation- First

המלצות:

(1) לאור הנזק המשמעותי ממליץ על התערבות ניתוחית לתיקון הנזקים הלבדליים והרצועתיים.

הוסבר ההליך השיקומי הממושך.

בברכה

ד"ר דולב דמשצ'ק ערן

ד"ר דולב דמשצ'ק ערן
מומחה בכיר לניתוח ארטרוסקופית
מ.ז. 32375 מ.ר.מ. 25874

תאריך: 18/10/2019
08:01

הפניה כללית

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	נ	ת.לידה	עמי
שם האב		00-31907440-7		21.04	נ	11/06/1998	עמי
קדימה	חולות גאולים צורן	מס בית	4	טלפון	50	7255122	50
ישוב	רחוב	טלפון	2569972	טלפון נוסף	50	7255122	50

מספר הפניה ישירה: 35384060014

גורם שולח
5384

מספר הפניה
035384060014

תז נבדק
0319074407

מספר רשיון
035817

לכבוד: EMG INCT BRACHIAL PLEXUS RT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומויוגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
831	rt	SHOULDER DISLOCATION

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/09/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/08/2019
בת 21 שחקנית ג'ודו
28.08.2019 לדבריה במהלך אימון פרקה כתף וחזר ספונטאני.
פריקה ראשונה.
בבדיקה במיון אורתופדי ב"ח מאיר:
גרבר גובס, ACJ כתף ימין: טווחים שמורים, ללא רגישות ב
GAP שלילי, ללא
בצילום כתף ימין ללא ממצא גרמי טרי
כתף ימין בקופח MRI לפי המלצת דר חצרוני יש צורך ב
19/09/2019
18/10/2019
לאחר יעוץ דר' ערן ממן אורתופד: ממליץ EMG INCT BRACHIAL PLEXUS
ימין

מדים חיוניים: גובה 161.5 27/11/2018 משקל 54 27/11/2018 bmi 20.70
לחץ דם 104 /63 19/04/2015

06/12/2018 מתאריך 125.29 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/09/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/08/2019
 אקמול לפי הצורך ומנוחה
 מעקב, בחסר הטבה או החמרה נא לפנות ל 2700* או לרופא הקרוב
 לפי המלצות המיון
 ההפניות שהופקו ב 29/08/2019:
 הפניה לדימות - 78555-ת.מ. MRI כתף, הפניה לפיזיותרפיה -
 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא
 אורתופד
 19/09/2019
 18/10/2019

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		GASTROENTERITIS INFECTIOUS -ROTA VIRUS.

חתימה וחוקמת הרופא

35817

מספר רשיון

ד"ר ראשד קשקוש

שם 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

עמוד 1 מתוך 2

24/09/2019	ת. ביצוע:	31907440-7	ת"ז:	שיר קלנר	נבדק:
25/09/2019	אישור פענוח:	21 שנים	גיל:	11/06/1998	תאריך לידה:
25/09/2019	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מרכז רפואי מאיר, (280000)	מסד מפנה:
				מכון מ.ר.י, (289445)	גורם מפנה:
				יבגני קוז, (23756)	רופא מפנה:

בדיקה: ת.מ. MRI גפה עליונה

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוק

ביצוע:

ת.מ. MRI גפה עליונה בתאריך 24/09/2019 09:31 מ.ג.: 1285002131015 מבצע: דמיטרי לבוב; אביטל ברקוביץ קדר;
ת.מ. MRI ארתרוגרפיה של מפרק בגפה עליונה במסגרת בדיקת- MRI - ללא חיוב;

ממצאים:

להלן תוצאות MR-ARTHOGRAPHY של הכתף ימין:

הבדיקה בוצעה בטכניקת TSE בשקלול T1, T2, SPIR במישור קורונלי, אקסיאלי וסאגיתלי,
וכן בטכניקת MR-ARTHOGRAPHY לאחר הזרקת גדוליניום מדולל לתוך המפרק.

1. הודגמה בצקת לשדית קלה באספקט אחורי עליון של ראש ההומרוס עם השטחה מינימלית של הקורטקס - שבר ע"ש היל זאקס.

2. ROTATOR CUFF: ללא עדות לקרע. מצב טרופי של השרירים שמור.

3. גיד ביצפס הודגם תקין בקטע חוץ מפרקי. באזור האחיזה בלברום - הודגמה לוקולציה של ח"נ עם התפשטות קדמית עד ללברום התחתון - SLAP.

4. המפרק האקרומיו-קלביקולרי תקין.

5. היחס הגלנו-הומרלי שמור.

6. הודגמה בריחת ח"נ לרקמות הרכות עם רושם ל-HAGL.

סיכום:

כמתואר

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

הודפס מאתר כללית אוף-ליין ב-16.10.2019.

עמוד 1 מתוך 1

24/09/2019	ת. ביצוע:	31907440-7	ת"ז:	שיר קלנר	צבדיק:
24/09/2019	אישור פענוח:	21 שנים	גיל:	11/06/1998	תאריך לידה:
24/09/2019	ת. הדפסה:	נקבה	מין:	מרכז רפואי מאיר, (280000)	מוסד מפנה:
				מכון מ.ר.י, (289445)	גורם מפנה:
				- רופא מחליף, (999999)	רופא מפנה:

בדיקה: ר.פ. XA פעולה התערבותית עצמות

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

ר.פ. XA פעולה התערבותית עצמות בתאריך 24/09/2019 08:28 מ.ג. 1285002131029 מבצע: עפרה שכטר; ד"ר יבגני קוץ; אלכסיי ליאנסברג;
ר.פ. XA ארתרוגרפיה של מפרק הכתף בהנחיית ת.מ. MRI;

ממצאים:

בהנחיית שיקוף הוורק חומר ניגוד גדוליגיום מדולל 15 מ"ל לתוך כתף ימין דרך מחט 21G.

סיכום:

אושרר ע"י: ד"ר יבגני קוץ מספר רשיון: 23756 24/9/2019 11:30

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

EMG Examination

Exam Date : 11/7/2019 4:22:54 PM
Date of Report: 11/7/2019 4:23:07 PM

Patient: **Shir Kellner** ID Num.: **319074407** Date of Birth: **6/11/1998**
Height: cm Insurance :
Address:

בת 21.
קושי בהרמת יד ימין וחסר תחושה בזרוע עליונה לטרלית אחרי חבלה לכתף באוגוסט 2019.

בבדיקת הולכה עצבית מוטורית בעצבים מדיאנוס ואולנרים מימין נמצאו מדדי הולכה תקינים. בבדיקת הולכה עצבית תחושתית בעצבים מדיאנוס ואולנרים משני הצדדים נמצאו כל מדדי הולכה תקינים. גלי F היו תקינים.

בבדיקת מחט בשלדואיד מימין לא היתה פעילות ספונטנית, לא נצפו יחידות שריר כלל. בשאר השרירים הנבחרים לא נמצאה פעילות ספונטנית, יחידות מוטוריות תקינות עם גיוס תקין.

לסיכום: בבדיקה זו עדות לדנרווציה של הדלתואיד הימני. מכיוון ששרירים המעוצבים ע"י שאר עצבי היד וכן שרירים אחרים שמעוצבים משורש C5-C6 הדגימו פעילות תקינה, נראה שמדובר בבפגיעה מבודדת בעצב אקסיאלי ימני ולא בפגיעה בפלקסוס.

ד"ר תאיר אלון
מומחית בנוירולוגיה
מ.י. 97337
מ.ת. 32687

בברכה,
ד"ר תאיר אלון

MNC:

Nerve	Position	Latency [ms]	Amplitude [mV]	Distance [mm]	CV [m/s]
Median-APB-Right	Wrist	3.4	11.1	--	--
	Elbow	6.9	9.1	200	57
Ulnar-ADM-Right	Wrist	2.4	11.5	--	--
	B. Elbow	6.3	10.5	230	59

SNC:

Nerve	Position	Latency [ms]	Amplitude [μ V]	Distance [mm]	CV [m/s]
Ulnar-Digit V-Right	Wrist	1.8	45.1	--	--
Median-Digit II-Right	Wrist	2.5	49.0	--	--
Median-Digit II-Left	Wrist	2.2	43.9	--	--
Ulnar-Digit V-Left	Wrist	1.8	53.5	--	--

F - Wave:

Nerve	Position	M-Latency [ms]	M-Amplitude [mV]	Fmin [ms]	F-M [ms]	F/M
Ulnar-ADM-Right	--	2.3	11.6	26.2	24.7	4/4 (100%)

EMG:

Muscle	Notes
Deltoid-Right	---
Deltoid-Left	---
Extensor Digitorum Com.-Right	---
Biceps Brachii-Right	---
Triceps-Right	---
1st Dorsal Interossei-Right	---

EMG Scoring:

Insertion activity	Spontaneous Activity						Voluntary Activity							Interpretation
	(Fib)	PSW	Fasc	Myoe	Myok	CRD	Amplit	Durat	Poly	Stabil	IP	Recruit	Effort	
Deltoid - Right														
none	no ne	none	none	none	none	none	none	none	none	none	none	none	none	Complete denerv
Deltoid - Left														
none	no ne	none	none	none	none	none	Normal	Normal	none	none	none	Normal	Maximum	Normal
Extensor Digitorum Com. - Right														
none	no ne	none	none	none	none	none	Normal	Normal	none	none	none	Normal	Maximum	Normal
Biceps Brachii - Right														
none	no ne	none	none	none	none	none	Normal	Normal	none	none	none	Normal	Maximum	Normal
Triceps - Right														
none	no ne	none	none	none	none	none	Normal	Normal	none	none	none	Normal	Maximum	Normal
1st Dorsal Interossei - Right														
none	no ne	none	none	none	none	none	Normal	Normal	none	none	none	Normal	Maximum	Normal

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:03:48 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**ID: **319074407**

D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

MNC : Median-APB Right

Date: 11/7/2019 4:03:48 PM

Conclusion

Median-APB Right

5mV/D 5ms/D

AVG OFF

NOTCH ON

SQUAL OFF

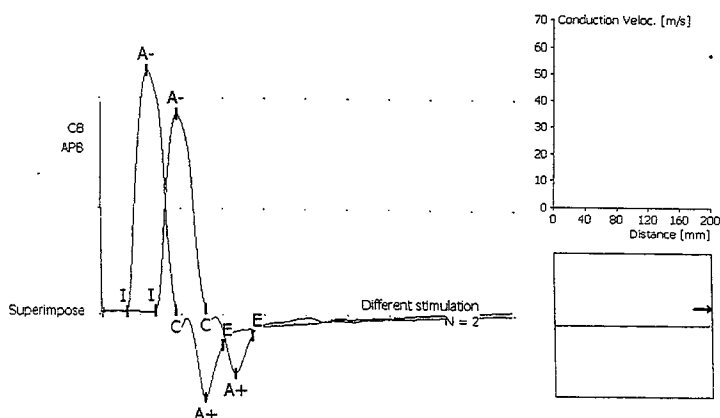
5ms/D

Wrist
APB

14mA

Elbow
APB

28mA

Axilla
APBErb
APB

Right - Track table

Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Max [mV]	Area [mV*ms]	Peak Lat. [ms]
Wrist	3.4	5.9	11.1	39.1	5.8
Elbow	6.9	6.1	9.1	31.5	9.4
Axilla	-	-	-	-	-
Erb	-	-	-	-	-
C8	-	-	-	-	-

Right - Segment table

Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Diff Lat. [ms]
APB - Wrist	-	-	-	-	3.4
Wrist - Elbow	↑	200	-18	57	3.5
Elbow - Axilla	↑	-	-	-	-
Axilla - Erb	↑	-	-	-	-
Erb - C8	↑	-	-	-	-

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:04:38 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

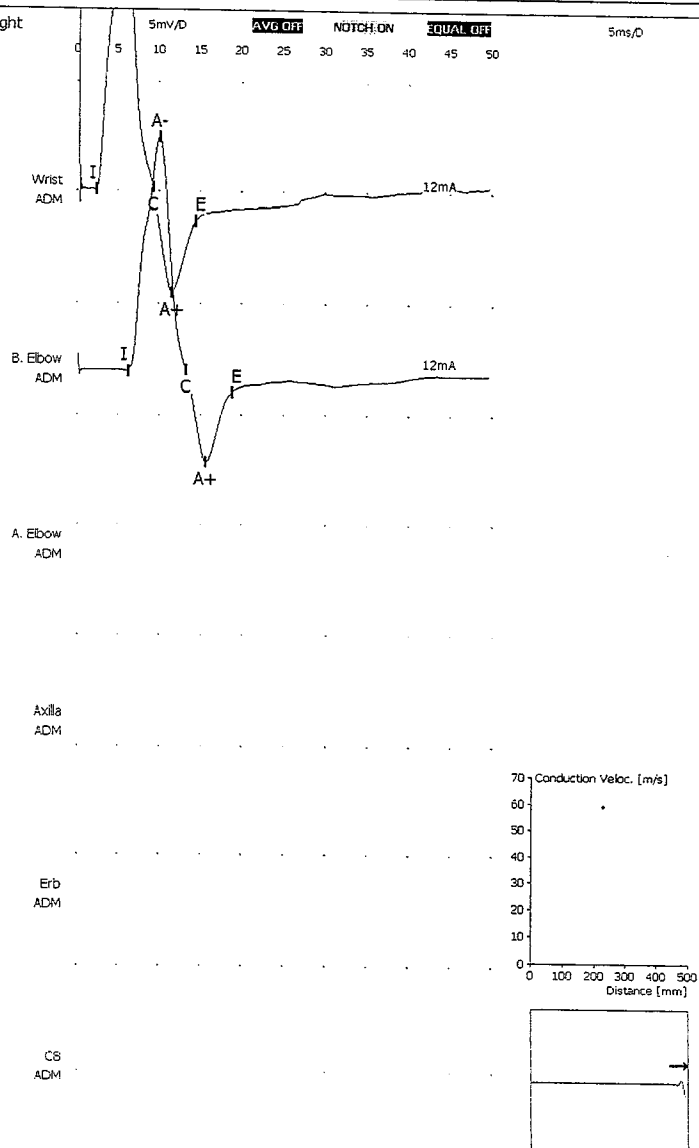
MNC : Ulnar-ADM Right

Date: 11/7/2019 4:04:38 PM

Conclusion

Ulnar-ADM Right

1



Right - Track table

Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Max [mV]	Area [mV*ms]	Peak Lat. [ms]
Wrist	2.4	7.0	11.5	39.9	5.8
B. Elbow	6.3	7.0	10.5	34.4	10.1
A. Elbow	--	--	--	--	--
Axilla	--	--	--	--	--
Erb	--	--	--	--	--
C8	--	--	--	--	--

Right - Segment table

Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Diff Lat. [ms]
ADM - Wrist	--	--	--	--	2.4
Wrist - B. Elbow	↑	230	-9	59	3.9
B. Elbow - A. Elbow	↑	60	--	--	--
A. Elbow - Axilla	↑	--	--	--	--
Axilla - Erb	↑	--	--	--	--
Erb - C8	↑	--	--	--	--

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:05:19 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

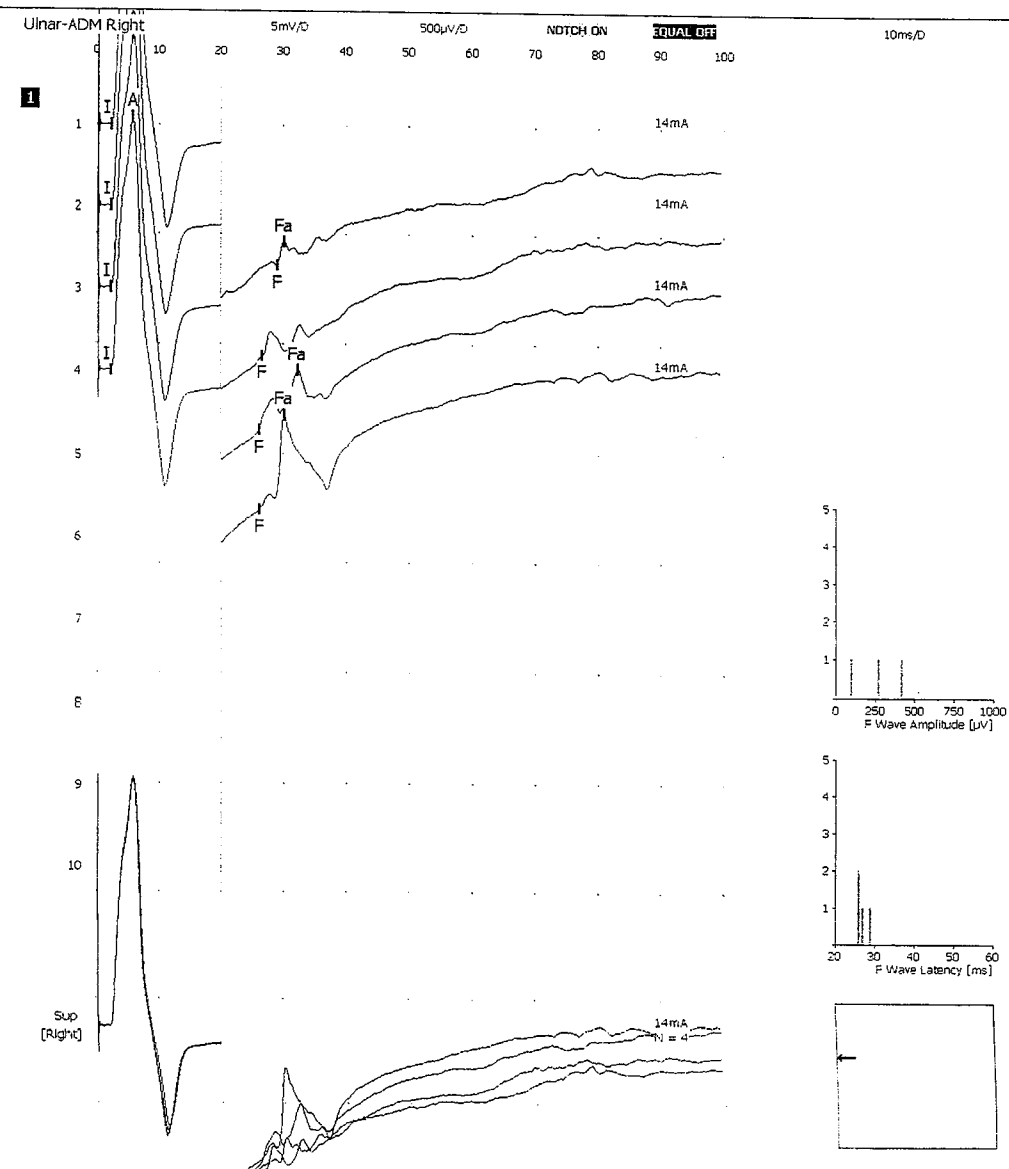
D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

F-Wave : Ulnar-ADM Right

Date: 11/7/2019 4:05:19 PM

Conclusion



M-Wave			
M-Latency [ms]	2.3		
M-Amplitude [mV]	11.6		
F-Wave			
Wave	Min	Max	Mean
F [ms]	26.2	29.1	27.0
F-M [ms]	23.9	26.8	24.7
F/M	4/4 (100%)		

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:05:54 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

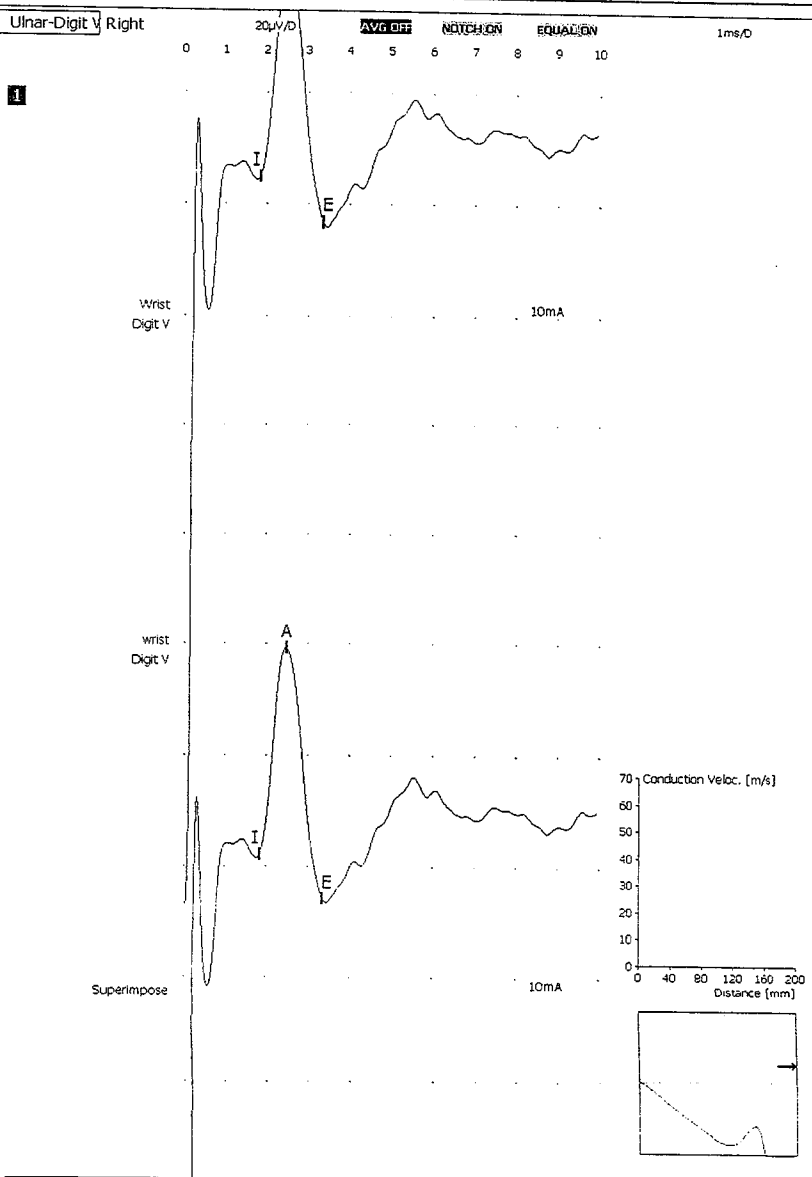
D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

SNC : Ulnar-Digit V Right

Date: 11/7/2019 4:05:54 PM

Conclusion



Right - Track table

Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Peak [mV]	Area [µV*ms]	Peak lat. [ms]
Wrist	1.8	1.5	45.1	31	2.5
wrist	--	--	--	--	--

Right - Segment table

Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Comp. Lat. [ms]
Digit V - Wrist	--	--	--	--	--
Wrist - wrist	↑	--	--	--	--

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:06:25 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

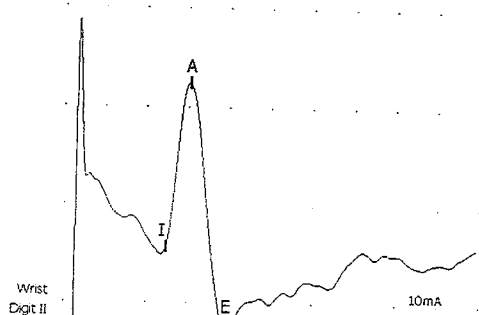
SNC : Median-Digit II Right

Date: 11/7/2019 4:06:25 PM

Conclusion

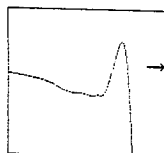
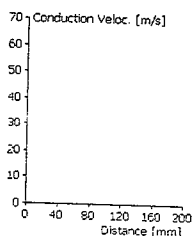
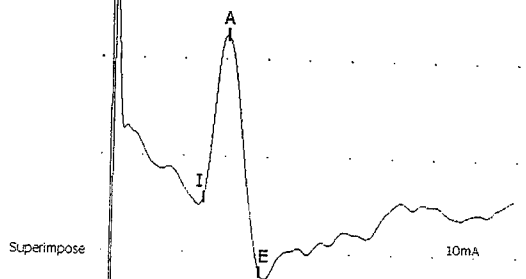
Median-Digit II Right

20µV/D AVG OFF NOTCH ON EQUAL OFF 1ms/D



Right - Track table					
Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Peak [mV]	Area [µV*ms]	Peak lat. [ms]
Wrist	2.5	1.4	49.0	29	3.0

Right - Segment table					
Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Comp. Lat. [ms]
Digit II - Wrist	--	--	--	--	--



Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG
11/7/2019 4:07:25 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

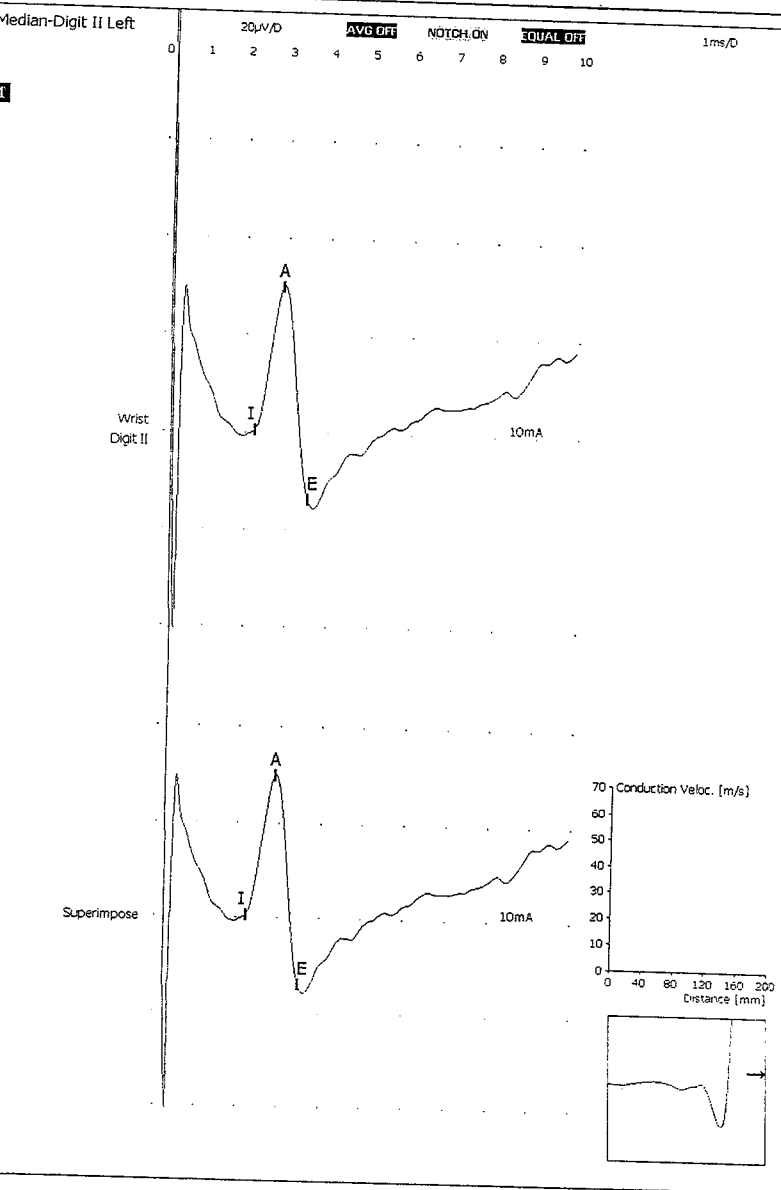
D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

SNC : Median-Digit II Left

Date: 11/7/2019 4:07:25 PM

Conclusion



Left - Track table					
Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Peak [mV]	Area [µV*ms]	Peak lat. [ms]
Wrist	2.2	1.3	43.9	24	2.9

Left - Segment table					
Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Comp. Lat. [ms]
Digit II - Wrist	--	--	--	--	--

Tel Aviv Medical Center

46 Herbert Samuel str., Tel Aviv, Israel. Tel: +972-3-771-2800 e-mail: info@tlvmed.co.il
www.tlvmed.co.il

TruTrace EMG

11/7/2019 4:08:26 PM

Patient

Name: **Shir Kellner**

ID: **319074407**

D.O.B: 6/11/1998 Age: 21

Examination

SNC : Ulnar-Digit V Left

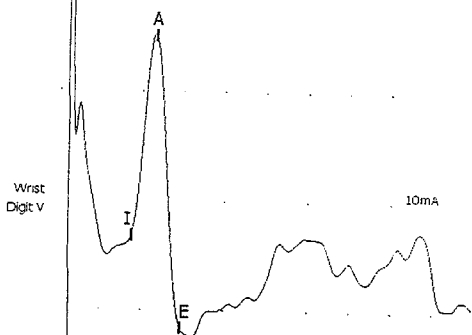
Date: 11/7/2019 4:08:26 PM

Conclusion

Ulnar-Digit V Left

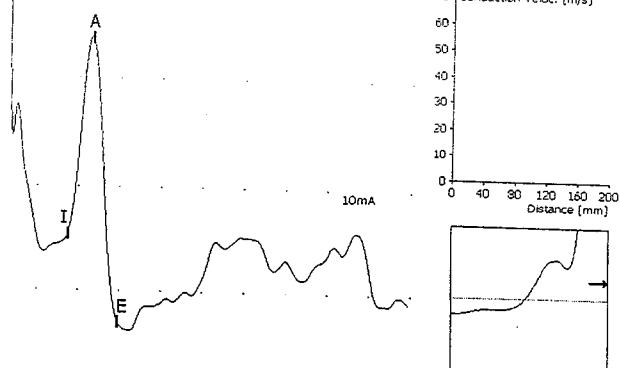
20µV/D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1ms/D

2.1



wrist
Digit V

Superimpose



Left - Track table

Position	Onset [ms]	Duration [ms]	Amp. Peak [mV]	Area [µV*ms]	Peak lat. [ms]
Wrist	1.8	1.2	53.5	26	2.3
wrist	--	--	--	--	--

Left - Segment table

Segment	Ref	Distance [mm]	Amp [%]	CV [m/s]	Comp. Lat. [ms]
Digit V - Wrist		--	--	--	--
Wrist - wrist	↑	--	--	--	--

תאריך 27/11/2019

הפניה לדימות

פרטי המטופל	קלנר שיר	00-31907440-7	21.05	נ	11/06/1998	עמי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
חולות גאולים צורן	מס בית	4	50	2569972	50	7255122
רחוב	מס בית	4	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 35384060809

גורם שולח



5384

מספר הפניה



035384060809

תז נבדק



0319074407

רשיון רופא



035817

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

לכבוד: US של העצב האקסילרי במהלכו מהאקסילה לדלטואיד בשאלה של המשכיות,
ממצאים המעידים על לחץ, נאורומה. (ראה מכתב אורתופד)

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US רקמות רכות	10405037
78003	L1028	US כתף ימין	10405031

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/10/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/09/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/08/2019

בת 21 שחקנית ג'ודו
28.08.2019 לדבריה במהלך אימון פרקה כתף וחזר ספונטאני.
פריקה ראשונה.

בבדיקתה במיון אורתופדי ב"ח מאיר:
גרבר ו גובס, ACJ כתף ימין: טווחים שמורים, ללא רגישות ב
GAP שלילי, ללא

בצילום כתף ימין ללא ממצא גרמי טרי
כתף ימין בקופח MRI לפי המלצת דר חצורני יש צורך ב
19/09/2019

18/10/2019

לאחר יעוץ דר' ערן ממן אורתופד: ממליץ EMG INCT BRACHIAL
PLEXUS ימין
27/11/2019

לאחר התייעצות אורתופד
מבקש לחזור על US. EMG כתף

סימני חיוניים גובה 161.5 נמדד ב: 27/11/2018 משקל 54 נמדד ב: 27/11/2018 BMI 20.70

לחץ דם 104 /63 נמדד ב: 19/04/2015

דופק 60 נמדד ב: 19/04/2015 סדיר

eGFR 125.29 מתאריך 06/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
831	rt	SHOULDER DISLOCATION

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/10/2019:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/09/2019:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/08/2019:
אקמול לפי הצורך ומנוחה
מעקב, בחסר הטבה או החמרה נא לפנות ל 2700* או לרופא הקרוב
לפי המלצות המיון
ההפניות שהופקו ב 29/08/2019:
הפניה לדימות - 78555-ת.מ. MRI כתף, הפניה לפיזיותרפיה -
80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא
אורתופד
19/09/2019:
18/10/2019:
ההפניות שהופקו ב 18/10/2019:
טופס הפניה כללי - 56016-אלקטרומיוגרפיה EMG
27/11/2019:

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		GASTROENTERITIS INFECTIOUS -ROTA VIRUS.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר ראשד קשקוש

35817

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה ומותמת הרופא

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

הפניה לדימות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
27/11/2019
הודפס ע"י ד"ר ראשד קשקוש
00-31907440-7

קלבר שיר



312612795

שירותי בריאות כללית



319074407

חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 27/11/19

מחוז מנפק : 012 שרון/שומרון

מרפאה מנפקת : 5384 צורן

גורם מממן : 012 שרון/שומרון

אל : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ לקביעת תור : 003-9305652

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 312612795

רופא מטפל : 35817 קשקוש ראשד

המבוטח : 0031907440-7 קלנר שיר

רופא מפנה : 35817 קשקוש ראשד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד	שירות	תאור הטיפול/בדיקה	כמות	שירות ספק
56016	אלקטרומיוגרפיה EMG	תאור הטיפול/בדיקה	1	56016B

תאריך זימון : 28/01/19

האישור בתוקף עד לתאריך :

28/01/19

מחוז שרון-שומרון
רפואת הרגליים
מנהל/ת מנהל/ת
חתימה/חותמת
חתימה/חותמת

חגג רקפת

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

החיוב יבוצע בהרשאה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין לעיל.

על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הזמן.

התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה : _____

הוזמן תור לתאריך : ____/____/____

17-ס

תאריך 19/09/2019

אישור מחלה

פרטי המטופל

קלנר שיר	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	עמי
00-31907440-7	21.03	נ	11/06/1998	עמי	שם האב	שם האב
קדימה	חולות גאולים צורן	מס בית	4	50	2569972	7255122
ישוב	רחוב	מס בית	4	50	2569972	7255122

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
79989			DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנחה מתאריך 19/09/2019 עד תאריך 29/09/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

שם הרופא	מספר רשיון	נחתם דיגיטלית**
ד"ר ליאור ברכה	127347	**נחתם דיגיטלית**

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

אישור מחלה
 קלנר שיר
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 19/09/2019
 00-31907440-7
 הודפס ע"י ד"ר ליאור ברכה

גובה 161.5 27/11/2018 משקל 54 bmi 20.70 27/11/2018

לחץ דם 104 /63 19/04/2015

דופק 60 19/04/2015 סדיר

eGFR 125.29 מתאריך 06/12/2018

יון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/10/2019:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/09/2019:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/08/2019:

אקמול לפי הצורך ומנוחה

מעקב , בחסר הטבה או החמרה נא לפנות ל 2700* או לרופא הקרוב

לפי המלצות המיון

ההפניות שהופקו ב 29/08/2019:

הפניה לדימות - 78555-ת.מ. MRI כתף , הפניה לפיזיותרפיה -

80015-פיזיותרפיה אבחון וב , הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא

אורתופד

19/09/2019:

18/10/2019:

ההפניות שהופקו ב 18/10/2019:

טופס הפניה כללי - 56016-אלקטרומויגרפיה EMG

27/11/2019:

יסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/1999	01/11/1999		GASTROENTERITIS INFECTIOUS -ROTA VIRUS.

ד"ר ראשד קשקוש

35817

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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 ב"ח מפורסמת באתר הכללית

11/11/19

לכב' הרופא המטפל

קלנר שיר מ.ז. 319074407

בת 21 . ג'ודוקא.
בתאריך 28/08/19 תוך כדי אימון חשה שכתף ימין יוצאת ממקומה וחוזרת. לאחר מכן נימול לאורך היד.
נבדקה בחדר מיון- לא אובחן שבר.
בבדיקה: ירידה בתחושה אקסילרית.
MRA- קרע לאורך הלבדום הקדמי כולו. מרכיב של HAGL. היל זקס.
EMG- חוסר תגובה של העצב האקסילי.

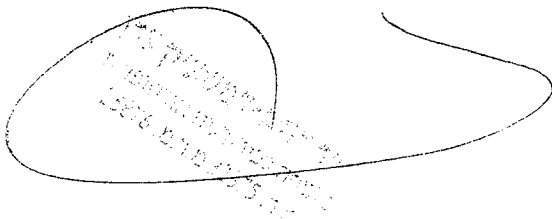
Rt Shoulder Dislocation- First

המלצות:

(1) תפנה למומחה לעצבים פריפריים.

בברכה

דר' דולב דמשצ'ק ערן



המרכז לרפואת ספורט ולמחקר ע"ש ריבשטיין

מכון וינגייט - המכון הלאומי למצוינות בספורט | תאגיד 500502000 | *3063 | www.wingate.org.il
כתובת: מכון וינגייט - נתניה 4290200. טל: 09-8639420/426 פקס: 09-8639412

הנצח 23 רמת השרון 0
טל: 052-5959004, 03-7609385

דף מס 1 מתוך 1

ח.פ. 515788214

תאריך 18/06/2020

חשבונית מס/קבלה בעמ' 14238 No. מקור

לכבוד

ת.ז. 319074407
טל. 0502569972

שם קלנר שיר
כתובת צורן

סיכום תשלום

אשראי	ישראל	61001010	08/07/2020	350.00
-------	-------	----------	------------	--------

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 299.15
מע"מ 17.00 % 50.85
סה"כ ש"ח כולל מע"מ 350.00

סה"כ שולם 350.00

עבור טיפול פיזיותרפיה כפול 18/6/20

עיריית סמילנסקי
מנהלים לפיזיותרפיה
ורפואת ספורט בע"מ
כפר - סבא, רמת השרון
ח.פ. 515788214
052-5959004
03-7609385

עיריית סמילנסקי

מס. כספית: 6470898
חשבונית: CST001431T
מספר עסק: 0879762

18/06/20 14:01

MAX VISA
XXXXXXXXXXXX3140

מס' שובר: 61001010
עסקה: חובה
חברה: 093514
ביצוע: מגנטי
אשראי: רגיל
סכום עסקה:

₪ 350.00

מטבע: ש"ח

דף מס 1 מתוך 1

ח.פ. 515788214

תאריך 24/05/2020

חשבונית מס/קבלה בעמ 13888 No. מקור

לכבוד

ת.ז. 319074407
טל. 0502569972

שם: קלנר שיר

כתובת: צורן, חולות גאולים 4

סיכום תשלום

אשראי	ויזה	43001006	08/06/2020	350.00
-------	------	----------	------------	--------

סה"כ ש"ח ללא מע"מ	299.15
מע"מ 17.00 %	50.85
סה"כ ש"ח כולל מע"מ	350.00

סה"כ שולם	350.00
-----------	--------

עבור טיפול פיזיותרפיה כפול 21/5/20

עיריית סמילנסקי
מרכזים לפיזיותרפיה
ורפואת ספורט בע"מ
חתימה: פר-סבא רמת השרון
ח.פ. 515788214
052-5959004
03-7609385

עיריית סמילנסקי

מס. כספית: 6470898
חוכנה: CST001431T
מספר עסק: 0879762

24/05/20 12:07

MAX VISA
XXXXXX XXXXXX3140

מס' שובר: 43001006
עסקה: חובה
055104 חברה
כיצוע: עסקה טלפונית
ישראלי: רגיל
כסום עיסקה:

350.00

ש"ח

UID: 20052412073161700980014
PAN: 014300710213

עוחק ללקוח ***



מסמך ממוחשב
חשבונית מס קבלה 12046 (מקור)
עוסק מורשה/ח.פ.: 514644525
תאריך: 07/11/2019

תל אביב מדיקל סנטר - ת.א.מ.ס. בע"מ
רציף הרברט סמואל 46, תל אביב 63330303
טלפון: 037712800
פקס: 037712808
דוא"ל: info@tlvmed.co.il
אתר: www.tlvmed.co.il

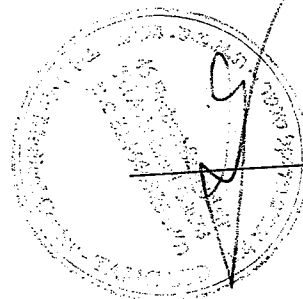
לכבוד: שיר קלנר
ת.ז./ע.מ.: 319074407

פירוט			
מק"ט	מחיר יחידה	כמות	סה"כ
1002	847.86 ₪	1	847.86 ₪
Electromyography EMG upper limbs			
	סה"כ לפני מע"מ		847.86 ₪
	מע"מ	17%	144.14 ₪
	סה"כ כולל מע"מ		992.00 ₪

סכום
992.00 ₪
תאריך
07/11/2019
סה"כ שולם
992.00 ₪

מ.ס. אישור: 0662486

שולם באמצעות
כרטיס אשראי ויזה המסתיים ב-5129



חתימה:

Dr. T. PRITSCH M.D
Hand & Microsurgeon specialist
Lic. No. 34306
Tel. 077-7779222 054-8129029
Fax. 077-7779221
515114908 פ.ח

ד"ר ת. פריטש
מומחה לכירורגיה ומיקרוכירורגיה של היד
מ.ר. 34306 מ.ר.מ. 1363 מ.ר.מ. 27719
רחוב ויצמן 14, תל-אביב (מרכז ויצמן)
טל': 077-7779222 נייד: 054-8129029
פקס: 077-7779221

מקור חשבונית מס / קבלה מס' 3754

נתקבל מ- ק"נ שיר 319074407

עבור

יחיד רפואי

שקל	אג'
150	

העברה לבנק

אשראי / במזומן / בהמחאה מס' _____ על בנק _____

זמן פרעון _____ מע"מ % _____

ניכוי במקור _____ סה"כ _____

הסכום במילים

אלף וחמש מאות

ד"ר תמיר פריטש מ.ר.
TAMIR PRITSCH MD
מומחה לכירורגיה של היד
ומיקרוכירורגיה מ.ר.מ. 1363-1
מומחה לכירורגיה אורטופדית מ.ר.מ. 27719

חתימה

תאריך 4.2.20

Dr. T. PRITSCH M.D
Hand & Microsurgeon specialist
Lic. No. 34306
Tel. 077-7779222 054-8129029
Fax. 077-7779221
515114908 פ.ח

ד"ר ת. פריטש
מומחה לכירורגיה ומיקרוכירורגיה של היד
מ.ר. 34306 מ.ר.מ. 1363 מ.ר.מ. 27719
רחוב ויצמן 14, תל-אביב (מרכז ויצמן)
טל': 077-7779222 נייד: 054-8129029
פקס: 077-7779221

מקור חשבונית מס / קבלה מס' 3528

נתקבל מ- שיר ק"נ 319074407

עבור יחיד רפואי

שקל	אג'
150	

העברה לבנק

אשראי / במזומן / בהמחאה מס' _____ על בנק _____

זמן פרעון _____ מע"מ % _____

ניכוי במקור _____ סה"כ _____

הסכום במילים

אלף וחמש מאות

חתימה

תאריך 20.11.19

ד"ר ערן ממן M.D.

מומחה לכירורגיה אורתופדית, כיורוגית כתף

עוסק מורשה מס' 22353643

מקור

חשבונית מס' / קבלה מס' 8465

ש"ר מ/ר דטל 44 ט 9 צ לכבוד

כתובת

סכומים		פרטים
ש"ח	אג'	
		1201
		מס' 10/10/17
		סה"כ
		מע"מ %
150		סה"כ כולל מע"מ

☐ במזומן ☐ בשיק

בשיק מס. _____ בנק _____ ז.פ. _____ בסך _____

בשיק מס. _____ בנק _____ ז.פ. _____ בסך _____

דפ"ר ערן ממן
מ.ר. 30330 מ.ר.מ. 20889
מנהל הקופה הכתף
החטיבה האורתופדית
המרכז הרפואי ת"א

תאריך 3/11/17



איגוד הג'ודו בישראל
מרכז הספורט הלאומי רח' שיטריט 6, ת"א 69482, טל: 03-6478025 פקס: 03-6479155
National Sport Center 6 Shitrit st. Tel-Aviv 69482 Israel Tel: 972-3-6478025 Fax: 972-3-6479155

13 בספטמבר, 2020

לכבוד

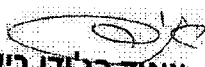
ביטוח לאומי

שלום רב,

הנדון: שיר קלנר ת.ז. 319074407

שיר קלנר, חברת נבחרת ישראל בג'ודו משנת 2011. עקב פציעה במהלך אימון,
מאז 08/2019 שיר לא יכולה להתאמן.

בברכה,


איגוד הג'ודו בישראל
ISRAELI JUDO ASSOCIATION

איה שחם
מזכירת האיגוד