

26.1.21

לכבוד
ישיר חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 20.5.20, מ"ר 40-152-69
הנפגע: ציון אליהו, ת"ז 0554185845

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 20.5.20, היה מעורב הרכב שבנדון אשר היה נהוג על ידי מרשי בתאונת שרשרת בקינמטיקה קשה ומרשי נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב צילום רישיון נהיגה, אישור מצב תביעות ותמונות, מסומנים "1 - 5"

2. נוכח כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגפים, הפרעות בשמיעה וטינטון פנה מרשי לקבלת טיפול רפואי שם הומלץ לו על המשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע בדיקת הדמיה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "6 - 9"

3. מחמת הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם, החמרה ניכרת של הבקע המפשעתי ממנו סבל הוחלט להפנותו לביצוע בדיקות מקיפות ובדיקת CT שביצע הדגימה איבוד של הלורדוזיס, היצרות תעלה ודיסקופטיה בגובה S1-L5.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 17".

4. מרשי המשיך במעקב הרפואי, ביצע בדיקת EMG והופנה לביצוע בדיקות נוספות, טיפולי רפואה משלימה (אותם לא יכול היה לעשות עקב מגפת הקורונה), נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "18 - 23"

5. מאז התאונה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהחמרה בבקע ממנו סבל, מקושי בהליכה, ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בעליה וירידת

מדרגות, מטינטון ומהפרעות בריכוז ומקשיי שינה. הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי ויזדקק לו גם בעתיד.

6. מחמת התאונה מתקשה מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת מוגברת ולהוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות כמו גם מהוצאות לצרכי ניהול משק ביתו.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים רפואיים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך 85,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

8. מכתבי זה מוגש על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה, ככל והמו"מ לא יצלח בתוך 60 יום לא יהיה בידי מנוס, אלא, לפנות בתביעה.

9. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

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
הרצוג	113	05548545	
טלפון	עיר	מיקוד	מס
9	עלם	9	מס

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעדי מסור 5 -

(חלון) "המבקשים" את כל הפרטים המצויים

בידי נותני השירותים שיפירוטו לחן ללא יוצא מן הכלל רואוין שידרוש המבקשים על מצבי בהרלאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעדי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולת בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממסדיהם, כולל בת-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תוקף שנפתח על שמי: אלה חותמי השיירותים שיפורשו לחלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לו.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף כל המוסדות לרבות קופת החולים ואף למי מרופאיהם ואף עובדיהם ואף מי מסעמם ואף נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתו זו יפה גם לפי חוק תגנת הפרטיות, התשמי"א – 1981 ותוא 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:

חלק ב'
שם קופייה: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אחיז בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____
 תאריך: 21.1.21 עד לחתימת ומס' **אריאל פרינברג** (ממקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
 X **ה'תשפ"א** 31

הרני מייכח את כוחו של: _____

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ה

- אני ח"מ, 17/6 11/3, מס' 055418545, מרחוב הקדש 9, ירושלים, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו נגד בענין תאונת דרכים מיום לחיות באי כוחי במשפט של מבלי לפגוע בכלליות המיני הנ"ל יהיה בא כוחי ראשי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל הנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך המ"ל ללא יוצא מן הכלל.
 2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות 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 חוגש יפוי הכת, בדרגה בה חוגש.
 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. לחתום בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
 8. לגבות את סכום התשלום 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 פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה 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 ואו בהעדר.
 12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזת, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למינוחם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני ראשי 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 ברישומן או במחיקתן של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

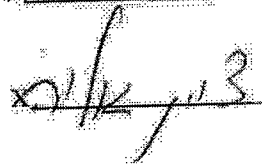
14. לטפל בשמי בכל תקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מתן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולוחל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכפוף 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.

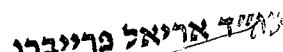
המילים חבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראית באתי על החתום

היום 21 לחודש 1 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


ב"ס ע"ד ד"ר 62254

לכבוד

גילי אליהו
משפחת אזולאי
מצפה 57
שוהם 6082147

הנדון: מצב תביעות לפוליסה 1093848102

בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאי חוזה לביטוח רכב פרטי), התשמ"ו-1986, להלן פירוט התביעות ששולמו/הוגשו לחברתנו על ידי או בגינך, עד לתאריך מכתב זה, בגין ביטוח רכב רכוש. תאריך תחילת הפוליסה שבנדון ביום 01/08/19 וסיומה ביום 31/07/20.

מספר רישוי 40-152-69
מספר התביעה 1480158
תאריך הארוע 20/05/20
סכום פיצוי למבוטח 0
סטטוס התביעה סגור
הערות/סוג נזק תאונת שרשרת
סוג כיסוי צד ג'
התקבל שיבוב? לא
תשלומים לצד ג' 82731
ירידת ערך 0

בתקופה זו הנהג העיקרי בפוליסה היה ציון אליהו
מספר תעודת זהות 055418545

בכבוד רב,

אילי.די.אלי.
חברה לביטוח בע"מ



אליהו

1. ELYAHU

三三

2. ZION

3. 04.12.1958

4a. 22.12.2010

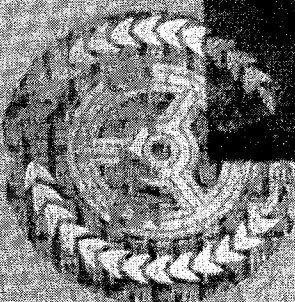
4b. 04.12.2020

4d. 0248666

5. ID 055418545

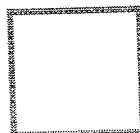
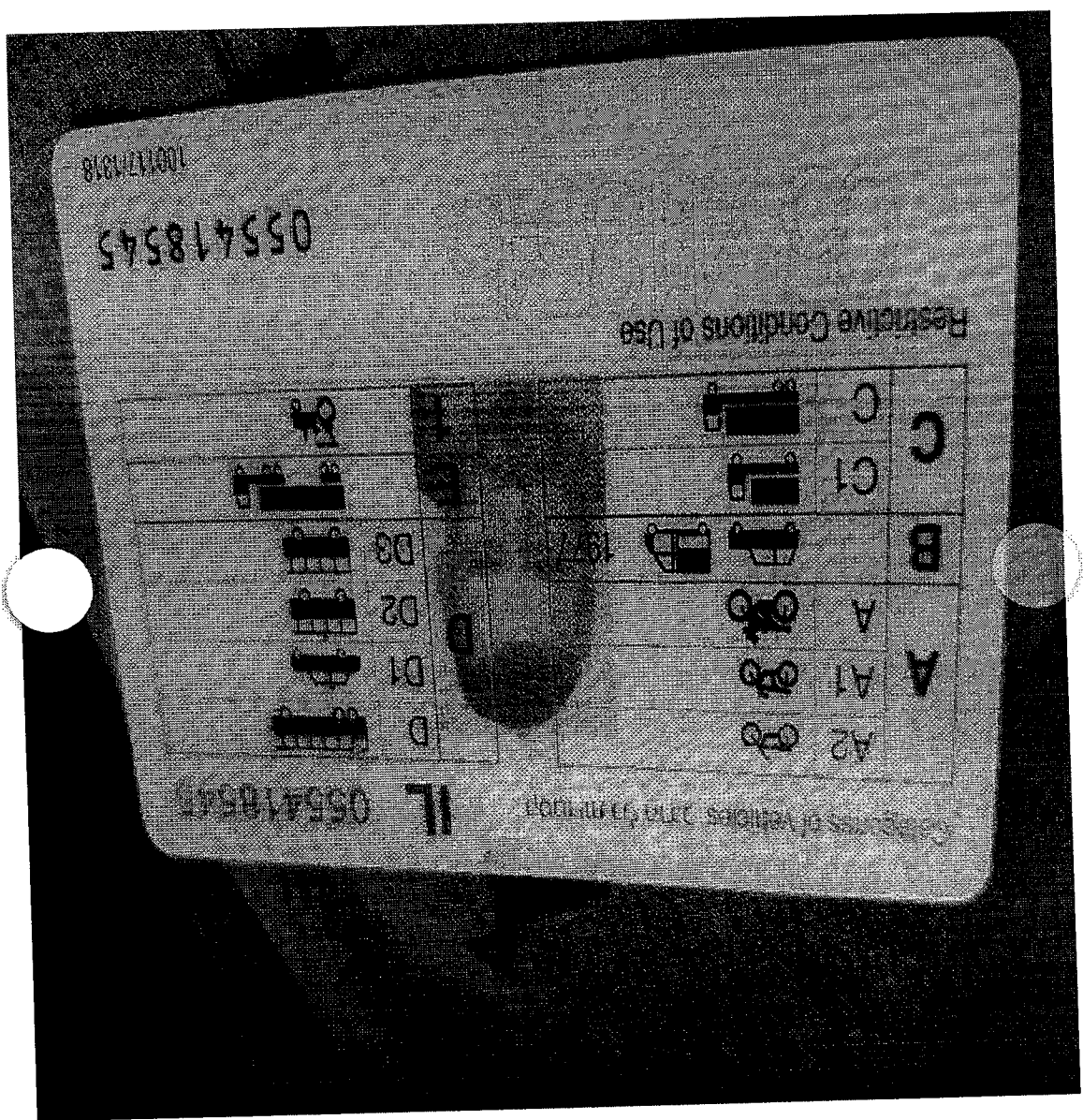
00
UN
+
UN

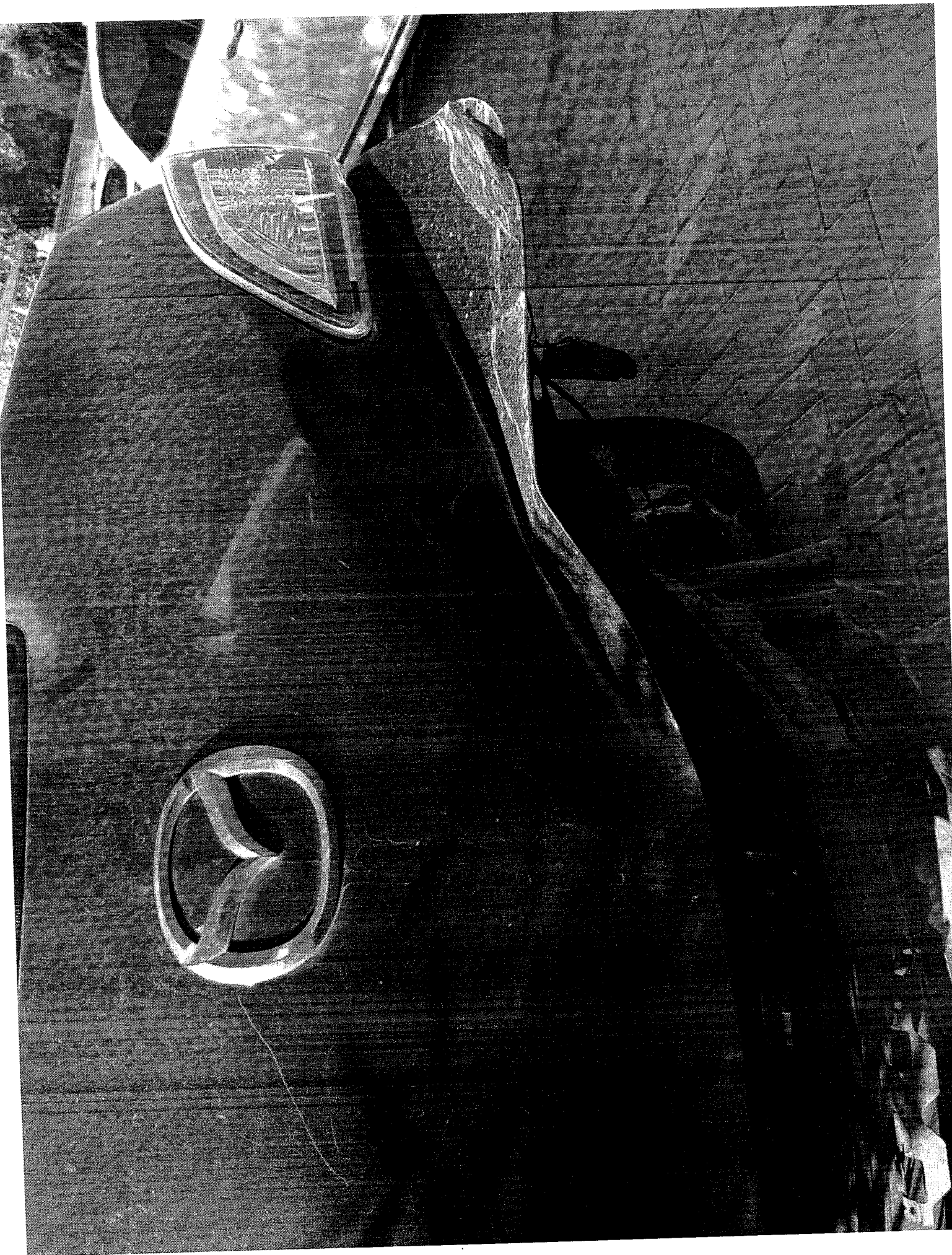
שקמה 9 שותם 8.

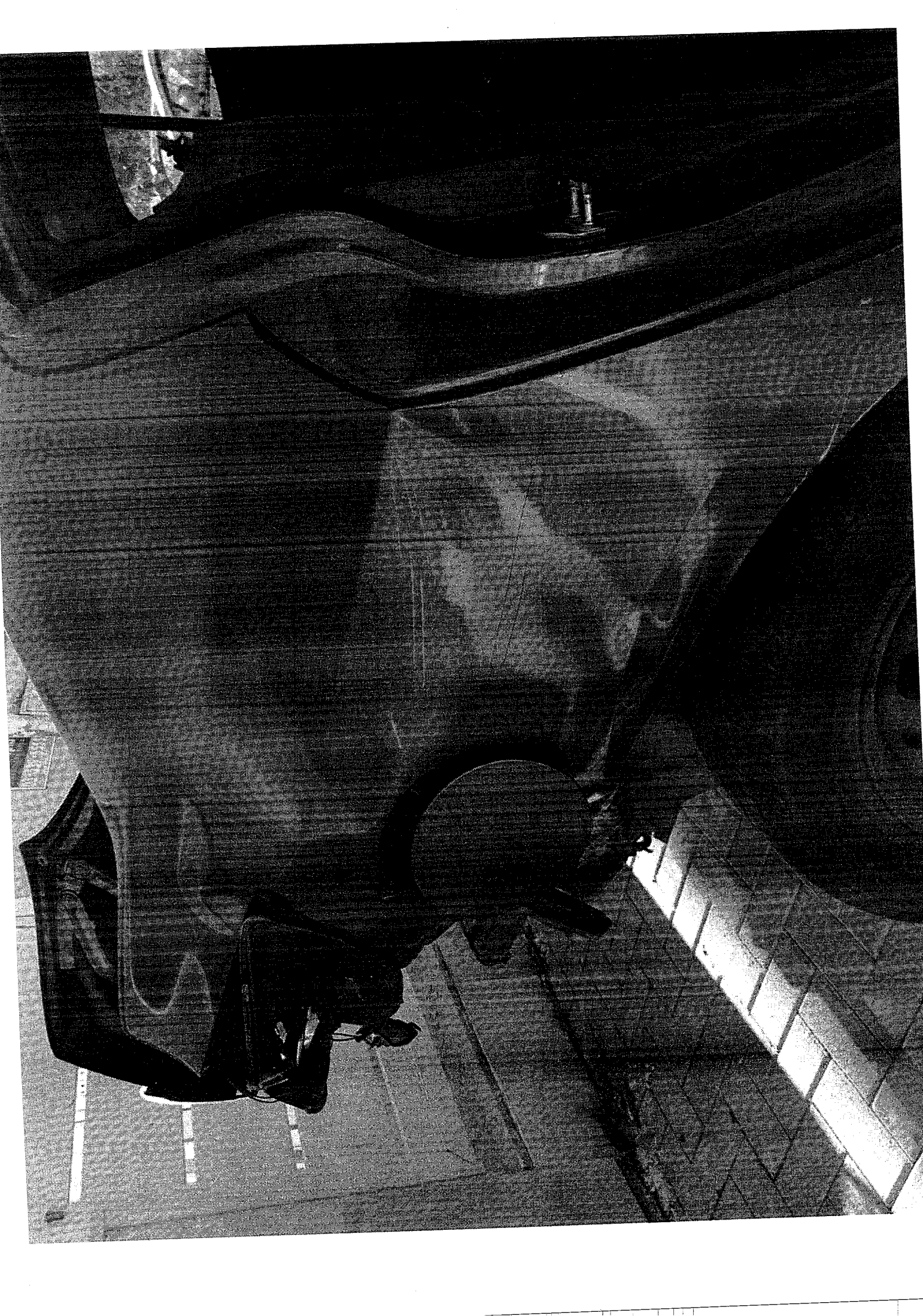


רשמי לוחם בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל

5
B







תאריך 21/05/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	61.06	2	04/12/1958	משה
מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה	שם האב	
שקמה	9	4310134	54	9236989	8
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 20/05/2020

שלום רב,

תאריך ביקור: 21/05/2020

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: ת.ד. פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיון. כעת טייטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידיים ורגליים.

ממצאים: רגישות שרירי צוואר תנוכות מלאות צוואר ידיים ורגליים. בדיקה נוירולוגית תקינה.

אבחנות בביקור		
קוד	אפיין	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

בברכה,

ד"ר שמעון לוי

22109

מס' רישיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

סיכום ביקור

אליה ציון

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
21/05/2020
הודפס ע"י ד"ר שמעון לוי

תאריך 08/06/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל

אליו ציון

שם משפחה ושם פרטי

00-05541854-5

מס זהות

61.06

ז

04/12/1958

משה

שם האב

שם האב

טלפון

54 - 4310134

טלפון

8 - 9236989

טלפון מספר

שקמה

רחוב

מס בית

9

שולם

ישוב

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה 20/05/2020

מספר הפניה: 35125299076

גרם שולח



5125

מספר הפניה



035125299076

תז נבדק



55418545

רשיון רופא



022109

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.

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד
שירות	קוד	קוד
שירות רפואי	78184	72040
10301005	78183	72100
10301023		

המטופל מתלונן על: 21/05/2020 ת.ד. פגיעה מהצדדים ומאחור. לא היה המיין. כעת טייטוס, כאבי צוואר חגורת כתפיים ידניים ורגליים.
08/06/2020: עדיין כאב צוואר וגב תחתון.

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 136 /76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

18/03/2019 מתאריך 108.32 eGFR

ממצאים עיקריים: ממצאים מתאריך 21/05/2020 רגישות שרירי צוואר תנועות מלאות צוואר ידניים ורגליים. בדיקה נוירולוגית תקינה.
08/06/2020

אבחנה משוערת

3 ה.ר. 0

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר שמעון לזין
08/06/2020
דף 1 מ 2

הפניה לדימות
אליו ציון

קוד	איפיון	אבחנה
8470		הערת 12/11/2020
3883		WHIPLASH INJURY
		TINNITUS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

22109

ד"ר שמעון לוין

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחוממת הרופא

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

3 ה.ר.ר.

הפניה לדימות

אליה ציון

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

08/06/2020

00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר שמעון לוין

ספורטופדיה

סיכום מידע רפואי

לכבוד:	הרפא המטפל	תאריך:	30/06/2020
שם מטופל:	אליהו ציון	ת.ז:	55418545
גיל:	61.6	מין:	זכר
תלונה עיקרית:	ספורט - הליכה. כאבים בשתי הרגליים, הכאבים בעיקר בהליכה. ההליכה כבדה. הכאבים יותר בצד שמאל. אין זרמים או נימול לאורך הרגליים. הכאבים מתחילים מהמפשעה ועד לקרסוליים.		
מחלות או ניתוחים בעבר:	בריא בד"כ, אינו נוטל תרופות בקביעות, הגישות לתרופות אינה ידועה. אינו מעשן. לסג שלילי, נירולוגית שמור וסימטרי, למעט העדר החזרים גדיים בשתי הרגליים. פרקי הירכיים והברכיים תקינים. דפקים פריפריים נמושו היטב.		
בדיקה:			
בדיקות עזר:			
אבחנה:	Intermittent claudications		
המלצות:	יש לבצע CT של עמוד השדרה המותני. לאחר מכן אבקש להפנותו למומחה לבעיות עמוד השדרה. מופנה להתייעצות של נירולוג בשל העדר החזרים גדיים. ביקורת אצלי לפי צורך.		
הערות:			

ד"ר אבירם גולד

ספורטופדיה סוקולוב 34
רמת השרון

מאומת ומסמך אמצע דאטא 2020
מאומת ומסמך אמצע דאטא 2020
מאומת ומסמך אמצע דאטא 2020
מאומת ומסמך אמצע דאטא 2020

שם הרופא: ד"ר מירה וולבובסקי
 תחום: רפואת משפחה
 מספר רשיון: 25261
 כתובת: 03-9775300
 טלפון: 03-9775310
 פקס: מרפאה: שוהם
 מחוז: מרכז

מס' 10 שנה
 הכי טובה למשפחה

העצוק 12/11/2020
 העצוק הודפס על ידי דנית גנץ

תאריך: 01/07/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	ת. לידה	04/12/1958
מס. זהות	61.07	שם האב	משה
שקמה	רחוב	טלפון	9236989 - 8
שום	9	טלפון	4310134 - 54
ישוב	מס. בית	גורם שולח	5125

מספר הפניה: 35125301526



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.
 אנשים 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: CT ע"ש מותני

שירות שנבחר		קוד שירות	קוד משה"ב
תיאור רפואי		78073	L1039
שירות רפואי		10304017	ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקאלי

המטופל מתלונן על: ב-17.06.2020 נבדק אצל כירורג.
 מזה כחצי שנה סובל מכאבים בירך שמאל באספקט אחורי. מכיוון העכוז לרגל
 בבדיקת US ניצא בקע במשעה ימין בגודל 1.6 ס"מ פתח צוואר 0.7 ס"מ
 בבדיקה אין ממצא במפשעה
 ממליץ לבצע CT ע"ש מותני

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47
 לחץ דם 136/76 נמדד ב: 21/05/2020
 דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

18/03/2019 מתאריך: 108.32 eGFR

אבחנה משוערת		קוד	איפיון
אבחנה		7242	
LOW BACK PAIN			

ס.ה.ר. 3

הפניה לדימות: אליהו ציון
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 1 מ 2
 01/07/2020 הודפס על ידי ד"ר מירה וולבובסקי
 00-05541854-5

בעיות פעילות

העתק 12/11/2020

מ.גילוי	א.פיון	העתק הד"ר מ"ר מוחמד בוכ
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישות
ז/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

לא ידוע

לא ידוע

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר מירה וולבובסקי

25261

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

ס.ת.ר. 3

הפניה לדימות

אליהו ציון

המסמך מכיל מידע מזגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי
01/07/2020 דף 2 מ 2

תאריך 15/07/2020

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

אליהו ציון		שם משפחה ושם פרטי		מס. זהות		גיל		ז' מין		ת. לידה		משה	
שם		שם האב		8		9236989		50		4342224		טלפון	
שקמה		רחוב		9		מס. בית		50		טלפון		טלפון נוסף	

מספר הפניה: 35125302678



לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
כאבי גב תחתון עם הקרנה למפשעות
ב-17.06.2020 נבדק אצל כירורג:
מזה כחצי שנה סובל מכאבים בירך שמאל באספקט אחורי. מכיוון העכוז לרגל
בבדיקת US ניצא בקע במפשעה ימין בגודל 1.6 ס"מ פתח צוואר 0.7 ס"מ
בבדיקה אין ממצא במפשעה
הופנה לבצע CT ע"ש מותני

סימנים חיוניים: גובה 184 17/03/2019 משקל 93 17/03/2019 bmi 27.47

לחץ דם 136 / 76 21/05/2020

דופק 72 17/03/2019

05/07/2020 מתאריך 104.57 eGFR

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
LOW BACK PAIN		7242

ס.ה.ר 3

הפניה לרפואה יועצת

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

15/07/2020 הודפס על ידי ד"ר מירה וולבובסקי 00-05541854-5

אליהו ציון

בעיות פעילות	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא ידוע

רגישות נוספות - מידע ישן

לא ידוע

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מירה וולבובסקי

25261

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחומת הרופא

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

ס.ה.ר. 3

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

15/07/2020

הודפס ע"י ד"ר מירה וולבובסקי

00-05541854-5

אליהו ציון

הופק ע"י דר' שליפר דוד מ.ר. 81613 09:55 15/07/2020

סיכום ביקור מרפאת עמוד שדרה

מרפאת עמוד שדרה
מנהל מרפאה: דר' לייטנר יוסף
מ.ר. 17685
אח/אחות אחראיים: אורה מלמד
מס' ביקור: 2020259359
טלפון: 09-7472643
פקס: 09-7472631

שם משפחה:	אליהו	ת. לידה:	04/12/1958
שם פרטי:	ציון	ת. זהות:	5541854-5
כתובת:	שקמה 9, שוהם	מין:	זכר
טלפון:	0504342224	גיל:	61
סוג דם:		שם האב:	משה
גורם מממן:	מרכז		

בדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
15/07/2020 09:54			דר' שליפר דוד מ.ר. 81613 בן 61 ללא מחלות רקע נחצי שנה כאב גפיים תחתונות בעיקר משמאל, מפשעה עד הברך רגישות ניכרת באזור הבורסה פריטונטרית משמאל כוח גס שמור, החזרים ירודים קלות, תחושה בחדר הטרימה סוגרים תקינים CT עמ"ש מותני 07/2020 איבוד לורדוזיס, שינויים נויגיים בגובה L45 הצירות תעלה בגובה L5S1 דיסקופתיה דגנרטיבית עם תופעת בקעום ממליץ לבצע מיפוי עצמות פיזיותרפיה דיאטנית ביקורת עם המיפוי

אבחנות בביקור

• BACKACHE, UNSPECIFIED (7245)

המשך טיפול

קוד פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ	הערות
70017			4 שבועות	

בדיקת רופא אורתופד

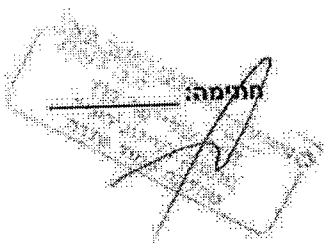
דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	15/07/2020 09:54	דר' שליפר דוד מ.ר. 81613

מדיניות קביעת תור המשך:

תור חוזר עד חודש ימים ייקבע מול מזכירת המרפאה.
תור מעל חודש ימים ייקבע טלפונית מול מוקד זימון תורים בטלפון 09-7471555.

מכתב נחתם ע"י דר' שליפר דוד מ.ר. 81613

חתימה:


תאריך: 03/08/2020
שעה: 09:06

סיכום ביקור

פרטי המטופל		אליהו ציון	
שם משפחה ושם פרטי	00-05541854-5	מס זהות	61.08
שם האב	04/12/1958	ת. לידה	ז' מין
שקמה	9	מס בית	טלפון
שום ישוב	רחוב	טלפון	טלפון
8	9236989	50	4342224

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/08/2020
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 61, משנת 2019 התחיל לחוש בכאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה-לא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש ביה"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין CT עמ"ש מותני איבוד לורדוזיס, שינויים ניוונים בגובה L4-5, היצרות תעלה, ב-L5-S1 דיסקופתיה דגנרטיבית, חופנה למיפוי עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.

בדיקה גופנית: דיבור והבנה תקינים, פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא חופק החזרי אכילס דו-צדדי. ללא סימנים פוקלים פירמידליים או צרברלים. ללא קשיון העורף. מענה פלנטרי פלקסורי דו-צדדי. כח גס תקין. תחושה שטחית תקינה. דפקים מעל עורקים dorsalis pedis נמושו היטב.

קוד	איפיון	אבחנה
7295		PAIN_OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

דיון/תוכנית טיפולית: להשלמת הביורור ממליץ על NCS+EMG של הרגליים. ביקור חוזר עם התוצאה.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	EMG-56016 אלקטרומיוגרפיה	H4		הודפס

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ

25047

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

03/08/2020 ד"ר מיכאל מורדוכוביץ' הודפס ע"י 00-05541854-5

סיכום ביקור

אליהו ציון

שם הרפא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: לוד סנטר - מרכז מקצועי
מחוז: מרכז

הפניה כללית

03/08/2020 תאריך
09:06

פרטי המסופל	אלהו ציון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	04/12/1958	משה
שנה	שקמה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	שם האב
ישוב			9	4342224	50	9236989	8
							טלפון נוסף

גורם שולח



3058

מספר הפניה



033058285180

33058285180



55418545

מספר הפניה ישירה:

מספר רשיון



025047

לכבוד : א.מ.א.

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת

קוד	7285
איפיון	אבחנה
PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS	

תלמות: בן 61, משנת 2019 התחיל לחוש כאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה -
לא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש ביה"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין QT
עמ"ש מוגתן איבוד לרדיוזים, שיטום ניונים בגובה L4-5 היצרות תעלה, ב-
L5-S1 דיסקופתיה דגנרטית, הופנה למיפוי עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה
וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.

ממצאים בבדיקה: דיבור והבנה תקינים. פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא הופקו החזרי אכילס דו-צדדי. ללא סימנים פתולוגיים פירמידלים או צרברלים. ללא קשיין העורף. מענה פלנטרי פלקטורי דו-צדדי. כח גס תקין. תחושה שטחית תקינה. דפקים מעל עורקים dorsalis pedis נמושו היטב.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

הפניה כללית

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ' 00-05541854-5 03/08/2020

אלהם

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר		מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	העמק 12/11/2020	בעיה
			01/01/1978			
			01/01/1978			
SMOKER		הנחיות מרפא ע"י ד"ר גנץ				
SMOKER						

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן
רגישויות נוספות

לא ידוע

לא ידוע

מידע ישן

תרופות קבועות		א. הגשה	כמות	תרופות
ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טיפות	7	COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200

מטרת הבדיקה: מבקש NCS (הולכת עצבית) ו- EMG (בדיקת מחטים) של הרגליים לשלול מעורבות שורשית.

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'

25047

שם הרופא

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

הפניה כללית

אליה ציין

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

03/08/2020

הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'

00-05541854-5

MAMMOGRAPH INSTITUTE
NEUROPHYSIOLOGICAL DEP.
 ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV RAANANA HADERA
 03-9347891 04-6221125
 DR ROZANOV S

EMG EXAMINATION DATE : 16.10.2020 9:30:31 AM

PATIENT: ZION ELIAHU

ID NUMBER: 55418545

MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP % [%]	DIST [mm]
Peroneus-Left	Ankle - EDB	4.0	3.2	--	--	--
	Bl Knee - Ankle	11.2	2.5	40	-22.7	290
	Ab Knee - Bl Knee	12.9	2.4	41	-4.3	70
Tibialis-Left	Ankle - FH	4.1	3.2	--	--	--
	Knee - Ankle	11.9	2.5	41	-23.9	320

SENSORY NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	DIST [mm]
Suralis-Right	Calf - Lat Malleolus	2.5	32.8	--	--
Suralis-Left	Calf - Lat Malleolus	2.4	40.9	--	--

EMG:

Muscle	Insertion		Spontaneous Activity		Amplitude		Duration		Polyphasy	
	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt
Ileopsoas	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Quadriceps	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Tib Anterior	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
EDB	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gastrocnemius	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Impression:

Normal EMG and NCV test of the all tested muscles and nerves.

SIGNATURE:

DR. ROZANOV SIMON
 19584 מ"מ 27836 מ"מ

תאריך: 27/10/2020

הפניה לדימוס

שם המשפחה ושם פרטי		00-05541854-5		מספר הפניה	
שם האב	04/12/1958	ז	61.11	גיל	מס זהות
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	מס זהות
שם האב	50 - 4342224	9	מס בית	רחוב	שקמה
טלפון נוסף	9236989 - 8	טלפון	50 - 4342224	מס בית	רחוב
טלפון נוסף	9236989 - 8	טלפון	50 - 4342224	מס בית	רחוב

מספר הפניה ישירה: 38908034494



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוס כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד:

אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה זאת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוס. נשים בעלות מחזור חודשי מתכנסות להזמין תור לבדיקה ב- 10 ימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מיפוי עצמות

שירות שנבחר	קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי
שירות רפואי	73696	78306	מיפוי עצמות - סריקה כל גופית
21207010			

המטופל מתלונן על: נבדק ע"י ד"ר שלישי דוד ממרפאת עש"ב מאיר שהמליץ מיפוי עצמות

סימנים חיוניים: גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 136/76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

eGFR 104.57 מתאריך: 05/07/2020

אבחנה משוערת	איפיון	קוד
אבחנה		7242
LOW BACK PAIN	LEFT	7243
SCIATICA		

בעיות פעילות

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

27/10/2020

00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלך

הפניה לדימוס

אליהו ציון

מ.גילוי	01/01/2000	איפיון	MOTHER	12/11/2020 בעיה
FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE בעיה				

רגישות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן
רגישות נוספות

מידע ישן
תולדות עבר

לא ידוע

לא ידוע

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

05/07/2020 מתאריך CREATININE: 0.65

ד"ר פריד אלמלק

שם הרופא

20497

מספר רשיון

חתימה וחוקת 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 אולם נדרש לשלם
על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

הפניה לרדימות

אליה ציון

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלק

דף 2 מ 2

27/10/2020

תאריך: 27/10/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל	הפניה לרמות
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שקמה	9
ישוה	מס בית
ישוב	רחוב
00-05541854-5	גיל
61.11	ז' מין
04/12/1958	ת.לידה
משה	שם האב
8 - 9236989	טלפון בוסף
50 - 4342224	טלפון

מספר הפניה ישירה: 38908034494

גרם שולח



8908

מספר הפניה



038908034494

7723 IN
55418545

רשיון רופא
020497

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

לכבוד: מיפוי עצמות

שירות שנבחר		קוד שירות	קוד משה"ב
שירות רפואי	תיאור רפואי	73696	78306
21207010	מיפוי עצמות - סריקה כל גופית		

המטופל מתלונן על נבדק עי דר שליפר דוד ממרפאת עש בח מאיר שהמליץ מיפוי עצמות

סימנים חיוניים גובה 184 נמדד ב: 17/03/2019 משקל 93 נמדד ב: 17/03/2019 BMI 27.47

לחץ דם 136 /76 נמדד ב: 21/05/2020

דופק 72 נמדד ב: 17/03/2019

05/07/2020 מתאריך 104.57 eGFR

קוד	איפיון	אבחנה
7242		
7243	LEFT	LOW BACK PAIN SCIATICA

בעיות פעילות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

2019

27/10/2020

00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלק

הפניה לדיונים

אלה ציון

מגילוי	אפיפון	בעיה
01/01/2000	MOTHER	FAMILY HISTORY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

רגישות
ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

רגישות נוספות

מידע ישן

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	אפיפון	בעיה
	01/01/1978		SMOKER
	01/01/1978		SMOKER

05/07/2020 מתאריך CREATININE: 0.65

20497

ד"ר פריד אלמלק

מספר רשיון

שם הרופא

מתימה וחוממת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר החפניה והשם מעלה.
פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם נדרש לשלם
על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה ושימת ביטוח
מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

27/10/2020

00-05541854-5 הודפס ע"י ד"ר פריד אלמלק

אליהו ציון

שם הרופא: ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'
תחום: נירולוגיה
מספר רשיון: 25047
כתובת: שדרות ירושלים 1, לוד
טלפון: 08-9770002
פקס: 08-9770001
מרפאה: לוד סנטר - מרכז מקצועי מחוז: מרכז

תאריך: 12/11/2020

סיכום יעוץ

פרטי המטופל		אליהו ציון	
מס' 00-05541854-5	ת. לידה: 04/12/1958	שם האב: 9236989 - 8	שם משפחה ושם פרטי: שם משפחה ושם פרטי
גיל: 61.11	מין: ז	טלפון: 4342224 - 50	מס' זהות: 9
מס' זהות: 9	מס' זהות: 9	שקמה: רחוב	שוקם: ישוב
מס' זהות: 9	מס' זהות: 9	טלפון: 4342224 - 50	טלפון: 9236989 - 8

לכבוד: ד"ר וולבובסקי מ

תלונות: 03/08/2020

בן 61, משנת 2019 התחיל לחוש בכאבים ברגליים בעיקר בהליכה, במנוחה - לא כאבים. היה במעקב במרפאת עמ"ש בית"ח "מאיר" 15.07.20 - צוין CT עמ"ש מותני איבוד לורדוזיס, שינויים ניוונים בגובה L4-5, היצרות תעלה, ב-L5-S1 דיסקופתיה דגורטיבית, הופנה למיפוי עצמות, הומלץ על פיזיותרפיה וביקור חוזר בהמשך. ללא מחלות רקע.
12/11/2020 בן 61, NCS+EMG של הרגליים 16.10.20 - תקין.

ממצאים: 03/08/2020

דיבור והבנה תקינים. פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד אך לא הופקו החזרי אכילס דו-צדדי. ללא סימנים פוקלים פירמידליים או צרבלרים. ללא קשיון העורף. מענה פלנטרי פלקסורי דו-צדדי. כח גס תקין, תחושה שטחית תקינה, דפקים מעל עורקים dorsalis pedis נמושו היטב.
12/11/2020

מועד גילוי	אבחנה
אבחנה	PAIN, OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

דיון / תוכנית טיפולית: כעת ממליץ על המשך מעקב ומעקב אצל אורתופד. במידת הצורך ניתן לחזור אחרי NCS+EMG בעוד 4-5 חודשים.

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
152 פתיחת תיק	152	1	03/08/2020

בברכה,

25047

מספר רשיון

ד"ר מיכאל מורדוכוביץ'

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום יעוץ

12/11/2020 הודפס ע"י ד"ר מיכאל מורדוכוביץ' 00-05541854-5

אליהו ציון

