

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

תאריך חתימת המסמך : 26.9.21

התובעת :

גילברט ממון, ת"ז 61421681
מרחוב האלה 14, רמלה 7252414

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעת :

איילון חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 12, רמת גן
טל' : 072-2228677 ; פקס : 03-7569580

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 710 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל וגילברט ממון הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 1.1.1954, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 37-962-29 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

7. בתאריך 15.11.2018, בשעה 14:30 או בסמוך לכך, ברחוב גיורא יוספטל, בחולון, עת נהגה ברכב היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 43-276 ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בכתף ימין, בברך ימין ובגב, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל מתן זריקת וולטרן, שחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובעת טופלה במסגרת הקהילה ונוכח הכאבים וההגבלה בתנועות צוואר והגב, כמו גם, הגבלה בתנועות כתף וברך ימין הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, ניתנו לה תעודות מחלה והנחיה לנטילת תרופות לשיכוך הכאב.
10. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה והופנתה לבדיקת הדמיה אשר הדגימה קרע חלקי בגיד הסופרהספינטוס בכתף ימין והיא הופנתה לביצוע סדרת טיפולים נוספת המשך מעקב רפואי ובדיקות הדמיה.

11. התובעת הופנתה לקבלת טיפול במסגרת מרפאת כאב של בית החולים שמיר שם קיבלה זריקות לשיכוך הכאב ולקבלת טיפול במסגרת מרפאה אורתופדית, כמו גם טיפול ע"י ד"ר רם ירון, מומחה בפגיעות כתף, היא אובחנה כסובלת מכאבים עזים עם הגבלה ניכרת בתנועות והיא הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה.
12. בדיקת MRI אשר כוונה לכתף ימין הדגימה קרע מלא של ה-SST והוחלט על ביצוע ניתוח לצורך תיקון הגיד המסובב אשר בוצע ביום 2.3.2021, לאחריו שוחררה לביתה בהמלצה לחופשת מחלה בת שלושה חודשים, נטילת משככי כאבים וביצוע טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב וכתף ימין, מקושי בהרמה, קושי באחיזה, קושי בביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות, מקושי בהליכה ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מכאבים עזים, קושי בהירדמות ושינה רציפה ותלות במשככי כאבים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
14. התובעת עצמאית, זכיינית ומפעילה מקום לממכר הגרלות של מפעל הפיס, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
18. להלן פירוט נזקי התובעת:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|--|-----------|
| 1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – | ₪ 150,000 |
| 2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 32,000 |
| 3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 15,000 |
| 4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 30,000 |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

19. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות - נספח 1 (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: רפואי - נספח 2 (עמודים 10 עד 59)	10
נספח 3: טופס 1 - איילון - אורתופדי וכאב (עמודים 61 עד 61)	61
נספח 4: נחתמו (עמודים 63 עד 66)	63

נספח 1 :

חבות - נספח 1

(עמודים 7 עד 8)

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת רמלה שפלה
תאריך 25/11/2018 י"ז כסלו תשע"ט 14:34
מס' תיק מסוף 9 - 2018 - 6339 - 5220
טלפון
כתובת הרצל 80, רמלה
נושא המסמך

מספר תיק פלא 2018 / 523725
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך בתיק א
פקס

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 15/11/2018 בשעה 14:30
2. מקום התאונה: רמלה. רחוב יוספטל גיורא בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב 4327636 סוג רכב פרטי נוסעים 5 דלתות
תוצר רכב רנו ספרד
חברת ביטוח שלמה "סיקסט"

מספר פוליסה 110247102718
סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

(1) שיוך המעורב ת.ז. 318644754 שם משיח אדיר פרץ
נהג
כתובת רמלה, המגדל הלבן 2
שנת לידה 10/12/1997
חומרת הפגיעה קופ"ח / בית חולים

פרטי הרכב:

מספר רכב 2996237 סוג רכב פרטי נוסעים
תוצר רכב טויוטה יפן
חברת ביטוח איילון

מספר פוליסה 36552662518
סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

(1) שיוך המעורב ת.ז. 61421681 שם גילברט ממן
נהג
כתובת רמלה, האלה 14
שנת לידה 1954
חומרת הפגיעה קופ"ח / בית חולים
אסף הרופא - צריפין

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1

מתאריך: 25/11/2018

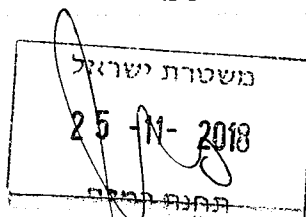
מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק

מ"א 471763 שם משפחה אלימלך
שם פרטי סימי

פרטי השוטר המוסר

מ"א 471763 דרגה רב נגד
שם משפחה אלימלך
שם פרטי סימי



תאריך הישגת הנושא: _____
 מספר הישגת הנושא: _____
 שם התאגדות: _____



הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

תחזית: ☒ נזק ☐ נסע ☐ הולך רגל ☐ נפגע ☐ רכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

שם אביו	שם דודו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
061431631	מנחם	בן יוסף	יוסף	יוסף	יוסף
שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
089234777	מנחם	יוסף	יוסף	יוסף	יוסף
שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
050321414	מנחם	יוסף	יוסף	יוסף	יוסף
שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
0533958	מנחם	יוסף	יוסף	יוסף	יוסף
שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
2996937	מנחם	יוסף	יוסף	יוסף	יוסף
שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
3-65-326625/18	מנחם	יוסף	יוסף	יוסף	יוסף

למלא רק למשרות בשירות צבאי/משטרה בלבד:

שם אביו	שם אביו	שם אביו	שם אביו
061431631	מנחם	יוסף	יוסף

2. תיאור התאונה

ביום 15/11/18 בשעה 14:15 במקום רחוב יוסף טל
 תיאור המקרה: ביום 15/11/18 בסביבות שעה 14:15, כאשר אני נוסע על אופנוע, התרחשה תאונה עם רכב פרט. הרכב הפרטי נסע מהצד שמאל והתנגש ברכבי. כתוצאה מכך, הרכב הפרטי נפגע, והאופנוע שלי נפגע. נפגעים: אני, הרכב הפרטי. נזק: רכב פרטי, אופנוע. כתובת: רחוב יוסף טל, תל אביב. מספר פוליסה: 050321414. מספר רישוי: 089234777. מספר תעודת זהות: 061431631. מספר תעודת זהות: 0533958. מספר תעודת זהות: 2996937. מספר תעודת זהות: 3-65-326625/18.

3. נפגעי גוף (פצועים)

שם הנפגע	שם הנפגע	שם הנפגע	שם הנפגע
מנחם	יוסף	יוסף	יוסף

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' רישוי	מס' רישוי	מס' רישוי	מס' רישוי	מס' רישוי	מס' רישוי
4327636	111	089234777	050321414	061431631	0533958

סמל: 4138

נספח 2 :

רפואי - נספח 2

(עמודים 10 עד 59)



13/11/2018

בנימין זרע

http://www.assafh.org/

Assaf Harofeh Medical Center

affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

http://www.assafh.org/



בנימין

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 18:39, 15/11/18

מנהל מח' דר. בר חיים ש.

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11263800

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממן גילברט

ת.ז.: 1-6142168	מין: נקבה	ת.לידה: 01/01/1954	גיל: 64 ש
1: 050-3214404	טל: 052-5933336	טל: 083214404	שם האם: מסעודה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: נסים
כתובת: האלה 14, רמלה, 7252414			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: ממן גילברט, 6142168-1
תאריך קליטה במיון: 15/11/18	שעה: 15:17	
תאריך קליטה בבי"ח: 15/11/18	שעה: 15:17	

אבחנות בנכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
847.0 - NECK SPRAIN

אבחנות כרוניות

494.1 - Bronchiectatic disease
415.19- Recurrent PE
286.6 - DEFIBRATION SYNDROME
V13.02- Personal history, urinary tract infection
715.18- OSTEOARTHRITIS, LOCALIZED, PRIMARY, INVOLVING OTHER SPECIFIED SITES
311 - DEPRESSIVE DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

רגישויות

Pramin Allergy

דיון וסיכום הקבלה

בת 64 מ/א תסחיף ריאתי, מטופלת במדללי דם.
רגישות - פראמין.

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 2 15/11/2018 18:39 URIH

לדבריה ביום פנייתה למיון בדרכה מהעבודה הייתה מעורבת בת"ד, כנהגת, חגורה, ללא פתיחת כריות אויר, מנגנון אחורי, מלינה על כאבי צוואר וגב תחתון, ללא איבוד הכרה.
 בבדיקה - מתהלכת בתבנית תקינה, ללא רגישות ע"פ חוליות עמ"ש לכל אורכו, רגישות רקמה רכה צווארית ומותנית, כח גס שמור תחושה שמורה החזרי פיקה הופקו דו"צ סימטריים, SLR שלילי דו"צ, עומדת על קצות אצבעות ועקבים.
 בצילום עמ"ש צווארי ומתני - ללא עדות לפגיעה גרמית או דיסלוקציה.

מצב המטופל בשחרור ממיון

← במשך דיבור סיגר

VocTAEN

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- מנוחה יומיים
- שינוי כאב לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

טיפול תרופתי להמשך

P.O ROKACET PLUS CAPLET (CODEINE PHOSPHATE)

מינון: 1 קפליט $\times$ 3 פעמים ביום למשך 7 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שחרר בליווי

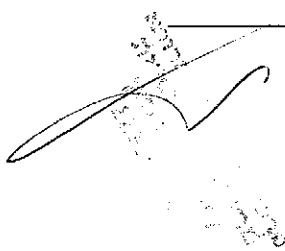
חתימה

רופא מאשר: דר. חזן, אורי

18:39 15/11/18

מספר רשיון: 123346

חתימה:





Assaf Harofeh Medical Center
affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel
<http://www.assafh.org/>

תאריך: 15/11/18 18:39

מחלקה: מיון אורתופד

מרשם רפואי

מס' זיהוי: 1-6142168
קופ"ח: כללית
טלפון: 050-3214404

שם המטופל: ממן גילברט
גיל: 64 ש
כתובת: האלה 14 רמלה

ROKACET PLUS CAPLET
CODEINE PHOSPHATE 15MG
PARACETAMOL 500MG
CAFFEINE ANHYDROUS 50MG

קפליות, 3 X פעמים ביום במשך 7 ימים

מס' זיהוי: 1-6142168
קופ"ח: כללית
טלפון: 050-3214404

שם הרופא: מס' רשיון:

חתימה: _____ חותמת: _____

טל:

תוקף המרשם 48 שעות בלבד

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	01/04/1954
שם האב	00-06142168-1	64.08	נ	נסיים
רמלה	האלה	14	9214404	8
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
				52 - 5933336

סוג תאונה **1 תאונת דרכים**

מספר הפניה:

מספר הפניה

רשיון רופא



035310183493

028639

לכבוד: פיזיוטרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

אבחנה משוערת

תלויות / סיבת הפניה

26.91	bmi	16/03/2017	63	משקל	16/03/2017	153	גובה	טלפונים חיוניים:
-------	-----	------------	----	------	------------	-----	------	------------------

16/03/2017 120 / 80 םד ןחל

דופק 68 28/05/2017 לא סדיר

17/10/2017 75 מתאריך eGFR

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2011		
01/01/1996		s/p RECC PULMONARY EMBOLISM
01/02/2009		BRONCHIECTASIS
01/08/1998		ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION

2 ת.ה.ס

2 n 1 93

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פידיותרפיה

00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר הלן שטיין

ממן גילברט

אישור מחלה

פרטי המטופל—

ממן גילברט		00-06142168-1	64.08	נ	01/04/1954	נסים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	
רמלה	האלה	14	5933336	52	9214404 - 8	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

סוג תאונה **1 תאונת דרכים**

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונות דרכים

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

12	סה"כ ימי מחלה	ועד בכלל	עד תאריך	26/11/2018	15/11/2018	מומלץ על מנוחה מתאריך
----	---------------	----------	----------	------------	------------	-----------------------

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר הלן שטיין	28639	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מתלה
ממן גילברט

תאריך 11/12/2018

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
ממן גילברט					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	01/04/1954	נסים
שם האב	ת.לידה	מין	64.08		
רמלה	האלה	מס בית	14	52 - 5933336	8 - 9214404
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון		טלפון נוסף

תאריך תאונה: 15/11/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

ניתן לפי רישום בתיק הרפואי

הערות:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 15/11/2018 עד יום 26/11/2018 (בכלל) סה"כ 12 ימים

מחוז מרכז 074002
מ.ר 28639
מכלית כללית

11/12/2018

11/12/2018

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר הלן שטיין

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 11/12/2018

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
ממן גילברט					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	01/04/1954	נסים
רמלה	האלה	מס בית	טלפון	52 - 5933336	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	14	מין	8	9214404 -

תאריך תאונה: 15/11/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

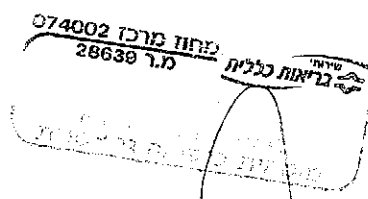
הטיפול שניתן:

הערות: ניתן לפי רישום בתיק הרפואי

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 15/11/2018 עד יום 26/11/2018 (בכלל) סה"כ 12 ימים



11/12/2018
תאריך מתן התעודה

11/12/2018
ת. הבדיקה

ד"ר הלן שטיין

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: לב רמלה - מרכז מקצועי מחוז: מרכז

24/12/2018 תאריך
13:43

הפניה כללית

פרטי המטופל		ממן גילברט	
00-06142168-1	נ 64.09	01/04/1954	נשים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין
האלה	14	52	5933336
רמלה	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון נוסף
8	9214404	52	5933336
טלפון נוסף	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

15/11/2018 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33094426828

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3094

033094426828

61421681

030577

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
WHIPLASH INJURY		8470
LOW BACK PAIN		7242
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	L15

תלונות: היתה מעורבת בת"ד בדרך מעבודה, נבדקה בחדר מיון, לא נמצא שבר מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון, ברך ימין

ממצאים בבדיקה: רגישות בצוואר וגב תחתון, הגבלה בתנועות, ללא חסר עצבי מוטורי ותחושותי, רפלקסים וכח גס תקינים
רגישות בברך ימין, הגבלה בכיפוף עקב כאבים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2011		
01/01/1996		s/p RECC PULMONARY EMBOLISM
01/02/2009		BRONCHIECTASIS
01/08/1998		ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION
01/08/1998		DEPRESSION CHRONIC

ס.ה.ר. 2

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
24/12/2018 00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

הפניה כללית
ממן גילברט



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 64.09 מין: נ

ממן גילברט
ביקור עקב תאונת עבודה

מס' זהות: 00-06142168-1

OPTALGIN TAB 500MG 20(D) 500MG

111638055

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 25/03/2019 - 24/12/2018

PARACETAMOL CPL 500MG 500MG

999006771

(ACAMOL 500MG CPL 21 (D), DEXAMOL 500MG CPL20 (D))

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 25/03/2019 - 24/12/2018



מס' רישיון

030577

טלפון: 08-9137300
כתובת: שדרות הרצל, 88

שם הרופא ד"ר (רופא) ויקטור מרקין
תחום: אורתופדיה

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה
לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

24/12/2018 תאריך
13:43

הפניה כללית

פרטי המטופל						
ממן גילברט						
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	01/04/1954	נסים	
שם האב	ת.לידה	מין	64.09			
רמלה	האלה	מס בית	14	52	9214404	8
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון	5933336	טלפון נוסף	

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 15/11/2018

מספר הפניה: 33094426828
מספר רשיון 030577
תז נבדק 61421681
מספר הפניה 033094426828
גורם שולח 3094

שירות	קוד	קוד שירות	תיאור רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	רפואי

אבחנה משוערת	קוד	איפיון
ACCIDENT/INJURY; NOS	A80	אבחנה
WHIPLASH INJURY	8470	
LOW BACK PAIN	7242	
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	L15	RT

תלונות: היתה מעורבת בת"ד בדרך מעבודה, נבדקה בחדר מיון, לא נמצא שבר מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון, ברך ימין

ממצאים בבדיקה: רגישות בצוואר וגב תחתון, הגבלה בתנועות, ללא חסר עצבי מוטורי ותחושותי, רפלקסים וכת גס תקינים רגישות בברך ימין, הגבלה בכיפוף עקב כאבים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2011		
01/01/1996		s/p RECC PULMONARY EMBOLISM
01/02/2009		BRONCHIECTASIS
01/08/1998		ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION
01/08/1998		DEPRESSION CHRONIC

2 ס.ה.ר.

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

24/12/2018 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין 00-06142168-1

ממן גילברט

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2010		NON SIGNIFICANT CORONARY DISEASE BY ANGIOGRAPHY 28/04/2
01/03/2011		
01/08/2016		HYPERTENSION ESSENTIAL UNCOMPLICATED
01/11/2016		IMPAIRED FASTING GLUCOSE
04/12/2017		BREAST HYPERTROPHY
04/12/2017		BILAT REDUCT MAMMOPLASTY
06/12/2017		FACTOR V LEIDEN MUTATION -HETEROZIGOTE
04/11/2018		FALLS RECURRENT

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
/ /	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
01/11/2000	01/11/2000		PSYCIATRIC DIS
	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
06/12/2017	29/02/2004	LT	FRACTURE LEG AND FOOT
18/11/2018	09/08/2016		BMI >30

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
	2	טבליות	1	ELIQUIS 5MG<><>(60) TAB 5MG
	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	2	CLONAZEPAM TAB 2 MG 2MG
ביום	2	קפליזות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	2	טבליות	1	BISACODYL 5MG TAB 5mg

חתימה וחוקתמת הרופא

30577

מספר רשיון

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

שם הרופא

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

2 ס.ה.ר.

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

24/12/2018 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין 00-06142168-1

ממן גילברט

תאריך 03/06/2019

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל						
ממן גילברט	00-06142168-1	65.02	נ	01/04/1954	נסים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
רמלה	14	52	5933336	8	9214404	
האלה	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 15/11/2018

מספר הפניה: 33094449236

גורם שולח



3094

מספר הפניה



033094449236

תז נבדק



61421681

רשיון רופא



030577

לכבוד: מכון פיזיותרפיה 2700*

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

TEAR MUSCULOTENDINOUS CUFF (SHOULDER)

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/05/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/01/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/12/2018
היתה מעורבת בת"ד בדרך מעבודה, נבדקה בחדר מיון, לא נמצא שבר מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון, ברך ימין
09/01/2019: ביקורת
21/05/2019: כאבים בכתף ימין
03/06/2019: ביקורת

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2011		
01/01/1996		s/p RECC PULMONARY EMBOLISM
01/02/2009		BRONCHIECTASIS
01/08/1998		ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION
01/08/1998		DEPRESSION CHRONIC
01/04/2010		NON SIGNIFICANT CORONARY DISEASE BY ANGIOGRAPHY 28/04/
01/03/2011		

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

ממן גילברט

27/11/2019	מ.גילוי	א.פיון
HYPERTENSION ESSENTIAL UNCOMPLICATED	01/08/2016	
IMPAIRED FASTING GLUCOSE	01/11/2016	
BREAST HYPERTROPHY	04/12/2017	
BILAT REDUCT MAMMOPLASTY	04/12/2017	
FACTOR V LEIDEN MUTATION -HETEROZIGOTE	06/12/2017	
FALLS RECURRENT	04/11/2018	

תולדות עבר

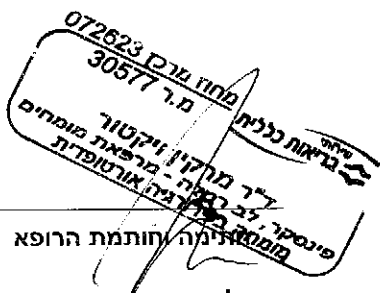
מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
/ /	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
01/11/2000	01/11/2000		PSYCHIATRIC DIS
	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
06/12/2017	29/02/2004	LT	FRACTURE LEG AND FOOT
18/11/2018	09/08/2016		BMI >30

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	טבליות	1	ELIQUIS 5MG<>>(60) TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG
יום	1	טבליות	2	CLONAZEPAM TAB 2 MG 2MG
ביום	2	קפוליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	2	טבליות	1	BISACODYL 5MG TAB 5mg

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2019
 בדיקה גופנית מתאריך 09/01/2019
 בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2018
 רגישות בצוואר וגב תחתון, הגבלה בתנועות, ללא חסר עצבי מוטורי ותחושת, רפלקסים וכח גס תקינים
 רגישות בברך ימין, הגבלה בכיפוף עקב כאבים
 US: 09/01/2019 ברך ימין- תקין
 21/05/2019: רגישות מעל דלטואיד, הגבלה באבדוקציה וסיבוב פנימי, סימן תפס חיובי
 US: 03/06/2019 כתף ימין- קרע חלקי 0.7 ס"מ ב-SS



30577

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

מספר רשיון

שם הרופא

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

2 ה.ר.0

תאריך 12/08/2019

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
ממן גילברט	00-06142168-1	65.04	נ	01/04/1954	נסים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רמלה	14 /	52	טלפון	9214404 - 8	טלפון נוסף
האלה	רחוב	מס בית	טלפון	5933336	
ישוב					

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 190513844 מספר זיהוי הפניה: 33094426828

תאריך הפניה: 24/12/2018

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר (רופא) ויקטור מרקין רשיון רופא: 30577

מרפאה: לב רמלה מרפאת המומחים

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	L15	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

תאריך תחילת טיפול: 23/01/2019

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטני: 11

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
11	הדרכה לתרגול בבית
11	תרגול כללי
11	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
11	טיפול ב-TENS
11	טיפול בקור

כאבים:

איבר	צד	דיוג בעת פתיחת הסידרה	דיוג בעת סגירת הסידרה
ברך	ימין	8	

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 03/06/2019
 27/05/2019
 22/05/2019
 20/05/2019
 15/05/2019
 14/05/2019
 06/03/2019
 25/02/2019
 18/02/2019
 11/02/2019
 23/01/2019

ניסן גרואר

שם מטפל

חתימה וחותמת

מכון מרפאת אסטל
 052-9137313
 טל. 04-8484848

תחום
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מכון פיזיותרפיה רמלה מרכז
פיזיותרפיה
רחוב הרצל 88 רמלה
08-9137313
08-9137314

תאריך 12/08/2019

סיכום טיפול

פרטי המטופל		מס' זהות		מס' זיהוי הפניה: 180512184	
ממן גילברט		00-06142168-1		מספר זיהוי הפניה: 35310183493	
שם משפחה ושם פרטי		גיל		תאריך הפניה: 18/11/2018	
רמלה		65.04		סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים	
האלה		נ		לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר הלן שטיין	
רחוב		מין		מרפאה: מרפאת רמלה גיורא	
שם האב		52		מקצוע: רופא כללי	
טלפון נוסף		5933336			
8 - 9214404		טלפון			
		14 /			
		מס' בית			

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 180512184
מספר זיהוי הפניה: 35310183493
תאריך הפניה: 18/11/2018
סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר הלן שטיין
מרפאה: מרפאת רמלה גיורא
מקצוע: רופא כללי

אבחנה	איפיון	קוד	צד
ACCIDENT/INJURY; NOS			

אבחנה	קוד	צד
LOW BACK PAIN	7242	דו צדדי

תאריך תחילת טיפול: 29/11/2018
תאריך סיום טיפול: 01/04/2019
מס' ביקורים בפועל: 11
מס' ביקורים קבוצתי: 9
מס' אי הופעות לטיפול: 10

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
9	הדרכה לתרגול בבית
9	טיפול ב-TENS
9	טיפול ב-Hot Pack
2	קבוצת גב

סיבת סיום טיפול: 97-לקוח הפסיק להופיע

אבים:			
גב תחתון	איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה
		דו צדדי	9
סגירת הסידרה			
דרוג בעת			

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

06/03/2019
 25/02/2019
 18/02/2019
 11/02/2019
 21/01/2019
 24/12/2018
 24/12/2018
 10/12/2018
 10/12/2018
 03/12/2018
 29/11/2018

חתימה וחוקות

רעות גרדוביץ

שם מטפל

תאריך: 15/07/2020

סיכום טיפול

פרטי המטופל			
ממן גילברט			
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	00-06142168-1	66.04	01/04/1954
רמלה	האלה	14 /	52 -5933336
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
8	9214404 -	טלפון נוסף	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 200526902 מספר זיהוי הפניה: 35310210451

תאריך הפניה: 22/01/2020

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר הלן שטיין

מרפאה: מרפאת רמלה גיורא

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	7295	PAIN SHOULDER

תאריך תחילת טיפול: 05/05/2020 תאריך סיום טיפול: 17/06/2020

מס' ביקורים בפועל: 7 פרסני: 7

מס' אי חפעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשוני- בדיקה של פיזיותרפיסט
7	הדרכה לתרגול בבית
5	הדרכה ויעוץ (לאורח חיים בריא)
4	תרגול כללי
3	טיפול ב-TENS
3	טיפול ב-Hot Pack
1	תרגילי גמישות

כאבים:

איבר	צד	דרג בעת פתיחת הסידרה	דרג בעת סגירת הסידרה
אחר - כתף וגף עליון	ימין	10	10

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: מטופלת נפלה ושברה צלע. מדיווח המטופלת, הרופא ביקש להפסיק טיפול פיזיותרפיה עקב השבר בצלע. סגירת תיק.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 17/06/2020
 08/08/2020
 03/08/2020
 24/05/2020
 14/05/2020
 10/05/2020
 05/05/2020

שרה סצ'קוב

שם מטפל

מכון פיזיותרפיה לבגמלה
 מרפאת מומחים
 טלפון: 08-9137313
 פקס: 08-9137313
 חתום: [חתימה]

תאריך: 20/08/2019

הפניה לדימות

פרטי המטופל		מספר הפניה: 00-06142168-1		תאריך לידה: 01/04/1954		גיל: 65.05		מס זכות: 14		שם משפחה ושם פרטי: ממון גילברט	
שם האב: 8 - 9214404		ת.לידה: 52 - 5933336		מין: נ		גיל: 14		מס בית: 14		האלה	
טלפון נוסף: 8		טלפון: 52 - 5933336		מס בית: 14		מס בית: 14		רחוב: 14		רמלה	
טלפון נוסף: 8		טלפון: 52 - 5933336		מס בית: 14		מס בית: 14		רחוב: 14		רמלה	

תאריך תאונה: 15/11/2018

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33094459718

גורם שולח



3094

מספר הפניה



033094459718

תז נבדק



61421681

רשיון רופא



030577

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

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010

המטופל מתלונן על: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/06/2019:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/05/2019:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/01/2019:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/12/2018:

היתה מעורבת בת"ד בדרך מעבודה, נבדקה בחדר מיון, לא נמצא שבר

מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון, ברך ימין

09/01/2019: ביקורת

21/05/2019: כאבים בכתף ימין

03/06/2019: ביקורת

20/08/2019: עדיין כאבים בגב, ברך ימין, אין שיפור לאחר פיזיותרפיה

ממצאים עיקריים: בדיקה גופנית מתאריך 03/06/2019:

בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2019:

בדיקה גופנית מתאריך 09/01/2019:

בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2018:

רגישות בצוואר וגב תחתון, הגבלה בתנועות, ללא חסר עצבי מוטורי

ותחושת, רפלקסים וכח גס תקינים

רגישות בברך ימין, הגבלה בכיפוף עקב כאבים
 US:09/01/2019 ברך ימין- תקין
 21/05/2019: רגישות מעל דלטואיד, הגבלה באגדוןקציה וסיבוב פנימי, סימן
 תפס חיובי
 US:03/06/2019 כתף ימין- קרע חלקי 0.7 ס"מ ב-SS
 20/08/2019

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
WHIPLASH INJURY		8470
LOW BACK PAIN		7242
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	L15
TEAR MUSCULOTENDINOUS CUFF (SHOULDER)	RT	7261

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/06/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/05/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/01/2019
 ההפניות שהופקו ב 24/12/2018
 טופס הפניה כללי, הפניה לדימוות
 09/01/2019
 21/05/2019
 ההפניות שהופקו ב 21/05/2019
 הפניה לדימוות
 03/06/2019
 ההפניות שהופקו ב 03/06/2019
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וז
 20/08/2019

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מ.גילוי
		01/03/2011
s/p RECC PULMONARY EMBOLISM		01/01/1996
BRONCHIECTASIS		01/02/2009
ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION		01/08/1998
DEPRESSION CHRONIC		01/08/1998
NON SIGNIFICANT CORONARY DISEASE BY ANGIOGRAPHY 28/04/2		01/04/2010
		01/03/2011
HYPERTENSION ESSENTIAL UNCOMPLICATED		01/08/2016
IMPAIRED FASTING GLUCOSE		01/11/2016
BREAST HYPERTROPHY		04/12/2017
BILAT REDUCT MAMMOPLASTY		04/12/2017
FACTOR V LEIDEN MUTATION -HETEROZIGOTE		06/12/2017
FALLS RECURRENT		04/11/2018

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
/ /	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
01/11/2000	01/11/2000		PSYCIATRIC DIS
	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
06/12/2017	29/02/2004	LT	FRACTURE LEG AND FOOT
18/11/2018	09/08/2016		BMI >30

דף 2 מ 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוות

20/08/2019

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין 00-05142168-1

ממן גילברט

30577

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

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 ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך 18/09/2019

סיכום ביקור

פרטי המטופל					ממן גילברט	
00-06142168-1	65.06	נ	01/04/1954	נשים	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת. לידה	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב
8	9214404	52	5933336	14	האלה	רמלה
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב	ישוב		

תאריך תאונה 08/08/2019

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 18/09/2019
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: בת 65. פניה נוכחית עקב כאבים מתמשכים בצלעות מימין לאחר ת. דרכים. בתאריך הנ"ל. עברה צילום חזה וצלעות בבית חולים. פענוח מי 09.08.2019 - ללא ממצא ריאטי ושבר בצלעות. לדבריה כאבים מגבילים בפעילות. ללא שיפור תחת טיפול במשככי כאב. פרט לכך נפגעה בראשה, גפיים.

בדיקה גופנית: רגישות באספקט אחורי צדדי של צלעות תחתונות מימין.

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS multiple mild trauma

דיון/תוכנית טיפולית: אל רופא משפחה: אין צורך בהמשך בירור וטיפול ע"י כירורג. ממליץ על בדיקה וטיפול ע"י רופא כאב. לפני בדיקת רופא כאב ממליץ תעל מיפוי עצמות. ניתנו הפניות. המשך פעילות שגרתית לפי רמת הכאב.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקת רופא כאב	H1	הודפס	הודפס
הפניה לדימות	73696-מיפוי עצמות	H3	הודפס	הודפס

בברכה,

ד"ר קפניב אנדרוניק
מומחה בכירורגיה כללית
37445
30895
חתימת הרופא

37445

ד"ר אנדרוניק קפניב

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

18/09/2019

הודפס ע"י ד"ר אנדרוניק קפניב

00-06142168-1

ממן גילברט

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סדיר רפואי

טלפון: 08-9776951

תעודת ל: 09/11/20

מחלקה: מרפ. כאב

פקס: 08-9779653

מנהל מח': דר. זויה חאיטוב שעה: 08:17

סיכום ביקור - 33154818

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות הכולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לחפא המספל בחקדם להבטחת רצף טיפולי

חנן גילברט

ת.ז.: 6142168-1 מין: נקבה ת.לידה: 01/01/54 גיל: 66 ש
טל: 050-3214404 טל: 052-5933336 שם האב: נסים שם האם: מסעודה
מצב משפחתי: נ + 3 קופ"ח: כללית
כתובת: האלה 14, רמלה, 7252414

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 09/11/20 שעה: 08:12

אבחנות כרוניות

- V14.8 - PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO OTHER SPECIFIED MEDICINAL AGENTS
- 286.6 - DEFIBRATION SYNDROME
- V13.02 - PERSONAL HISTORY, URINARY TRACT INFECTION
- 415.19 - RECURRENT PE
- 494.1 - BRONCHIECTATIC DISEASE
- 715.18 - OSTEOARTHRITIS, LOCALIZED, PRIMARY, INVOLVING OTHER SPECIFIED SITES
- 311 - DEPRESSIVE DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

רגישויות

Pramin Allergy

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

בת 66 סובלת מ:
כאבים עזים בכתף ימין

ROMAND

08:29:35

09/11/2020

גורם 01 עמוד: 1 מחוץ 2

2

סודי רפואי
חמון גילברט
סיכום ביקור - המשך
ת.ז: 1-6142168 מקרה: 33154818
מרפאה כאב

מצב אחרי תאונת דרכים בתאריך 15.11.2018
אבחנה:
RT ROTTATOR CUFF SYNDROME
קיבולת זריקה RT SSB US GUIDED
ללא שיפור
ביקורת באוד 6 חודשים

המלצות

לשקול טיפול ניתוחי
עיוץ רופא אורתופד כתף
להמשיך טיפול ב-3 ZALDIAR פעמים ביום

תימה

רופא: דר. דטסקי, רומן
08:29 09/11/20

מספר רשמי: 26352

רופא: דר. דטסקי
רומן
מספר רשמי: 26352

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות זכות לדעה, זכות לקבל www.kolzhut.org.il	"קול הבריאות" 5400 לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	 משרד הבריאות חזקים בדיאגנוזה חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
--	---	--

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רטאי

מסודכן ל: 30/11/20

שעה: 08:42

מחלקה: מרפ. ברכיים

מנהל מח': דר. אגור

סיכום ביקור - 33187671

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ללא את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המספק בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממן גילברט

ת.ז: 6142168-1 מין: נקבה ת.לידה: 01/01/54 גיל: 66 ש
טל: 050-3214404 טל: 052-5933336 שם האב: נסים שם האם: מסעודה
חצב משפחתי: 1 + 3 קופ"ח: כללית
כתובת: האלה 14, רמלה, 7252414

נתוני ביקור

שעה: 08:09

קבלה למחלקה: 30/11/20

אבחנות נוכחיות

726.10 - DISORDERS OF BURSAE AND TENDONS IN SHOULDER REGION, UNSPECIFIED
(RT)

אבחנות כרוניות

V14.8 - PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO OTHER SPECIFIED MEDICINAL AGENTS
286.6 - DEFIBRATION SYNDROME
V13.02 - PERSONAL HISTORY, URINARY TRACT INFECTION
415.19 - RECURRENT PE
494.1 - BRONCHIECTATIC DISEASE
715.18 - OSTEOARTHRITIS, LOCALIZED, PRIMARY, INVOLVING OTHER SPECIFIEDSITES
311 - DEPRESSIVE DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

רגישויות

Pramin Allergy

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

YUVALA

08:42:54

30/11/2020

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 3

סודי רפואי

סיכום ביקור - המשך

חמון גילברט

ת.ז: 1-6142168 מקרה: 33187671

מרפאה ברכיים

סיכום ודיון

בת 66 ברקע הפרעות קרישה - פעמיים DVT
נוטלת אילקוויס.
דלקות ריאה כרוניות.
כאב כתף ימין מאז תאונת דרכים 2018.
עברה טיפול שמרני PT, וטיפול במרפאת כאב SSNB ללא שיפור.
לדבריה אף החמרה ניכרת.

בבדיקת כתף - דלדול שרירים קל.
טווחים:
מוגבלים בכל המישורים, כאובה בנסיגה הנעה.
HBB - עד צידי הגוף.

כח RC:
SSP - תקין 54/5
IST - ללא LAG
SC - גרבר שלילי

ללא ירידת תחושה.
ספרינג +/-.

מבחני תפס חיצוני:
ניר הוקינס - חיוביים במגבלות הבדיקה.

US - קרע חלקי SST כ-0.7 ס"מ.
מספר הפתיידויות קטנות.

תמונה של כאב והגבלת תנועה ניכרת, נשלים בירור ותגיע לביקורת.

1. EMG גפיים עליונות.
2. MRI כתף ימין בשאלה של קרע SST.
3. צילום כתף שמאל TRUE AP וגם LAT.
4. ביקורת עוד חודשיים.

4

טודי רפואי
ממן גילברט

סיכום ביקור - המשך
ת.ז: 1-6142168 מקרה: 33187671

מרפאה ברכיים

חתימה

רופא: דר. ארמה, יובל
08:42 30/11/20

מספר רשיון: 83057
חתימה: _____

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות אתר לזכות, זכויות לקבל www.kolizhut.org.il	"יקול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	 משרד הבריאות בתיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	---	--

מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
ד"ר יובל ארמה
מ.ר. 83057 מ.ר.מ. 2506
מומחה כירורגיה אורטופדית

Ram Yaron, M.D.
Orthopedic Surgeon
Shoulder Injuries
Sport Medicine
License number 34810

ד"ר רם ירון
מומחה לארתופדיה
פגיעות כתף
רפואת ספורט

מספר רישיון 34810
מ.ר.מ. 26492

תאריך: 22/2/21

הנדון: ממך זילברט ת.ז. 61421681

בת 66
בריאה בד"כ נוטלת אליקוויסט עקב DVT בעבר קלונקס
יד דומיננטית-ימין
תלונה עקרית: כאבים בכתף ימין מזה 15/11/18 לאחר ת.ד. כנהגת רכב
טופלה שמרנית בפיזיותרפיה ונוגדי דלקת ללא הטבה זריקה IX

בדיקה גופנית: צוואר במפ
כתף ימין-קשת מכאיבה טיפוסית הגבלה בסוף תנועה
מבחני צביטה הוקינס NEER -חיובי
מבחני EMPTY CAN ל סופראספינאטוס חיובי כח 4/5
מבחני LHB - חיובי
מבחני נפוליאון ו LIFT OFF סב סקפולריס -שלילי
הורנבלואר-שלילי
מבחני CROSS CHEST ADD ל ACJ-חיובי

הדמיה-MRI כתף ימין-קרע של ה SSP וחלקי של הביספס זיז אקרומיאלי

Dg:shoulder pain rt

דיון- הוסברה מהות הבעיה
הוסברו אפשרויות הטיפול שמרני מול ניתוחי
יש לבצע ס"ד כימיה ות קרישה, משטח אף, בדיקת קורונה צלום חזה

בברכה,
ד"ר רם ירון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
פגיעות כתף וספורט

31/3
www.ramyaronmd.com

ד"ר רם ירון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
פגיעות כתף וספורט
מ.ר.מ. 26492

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סלי רפואי

מסודכן ל: 28/01/21

שעה: 10:46

מחלקה: מרפ. ברכיים

מנהל מח': דר. אגור

סיכום ביקור - 33316887

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, השנ"ל - 1996 ותוקף הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ללא אתר תוכנו ו/או איתר פרט שהוא חמנו לרל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, תחנות עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

חמנו גילברט

ת.ד: 1-6142168 מיו: נקבה ת.לידה: 01/01/54 גיל: 67 ש
טל.1: 050-3214404 טל.2: 052-5933336 שם האב: נסים שם האם: מסעודה
מצב משפחתי: נ + 3 קופ"ח: כללית
כתובת: האלה 14, רמלה, 7252414

נתוני ביקור

שעה: 10:28

קבלה למחלקה: 28/01/21

אבחנות נוכחיות

727.61 - COMPLETE RUPTURE OF ROTATOR CUFF (RT)

אבחנות כרוניות

- V14.8 - PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO OTHER SPECIFIED MEDICINAL AGENTS
- 286.6 - DEFIBRATION SYNDROME
- V13.02 - PERSONAL HISTORY, URINARY TRACT INFECTION
- 415.19 - RECURRENT PE
- 494.1 - BRONCHIECTATIC DISEASE
- 715.18 - OSTEOARTHRISIS, LOCALIZED, PRIMARY, INVOLVING OTHER SPECIFIEDSITES
- 311 - DEPRESSIVE DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

רגישויות

Pramin Allergy

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

YUVALA

10:48:32

28/01/2021

3

מס

מס

01

לרבי

מרפאה ברכיים

סיכום ביקור - המשך

ת.ז: 1-6142168 מקרה: 33316887

סורי רפואי

ממן גילברט

סיכום ודיון

בת 66 ברקע הפרעות קרישה - פטמייה DVT
 נוטלת אילקוויס.
 דלקות ריאה כרוניות.
 כאב כתף ימין מאז תאונת דרכים 2018.
 עברה טיפול שמרני PT, וטיפול במופאת כאב SSNB ללא שיפור.
 לדבריה אף החמרה ניכרת.

בבדיקת כתף - דלדול שרירים קל.
 טווחים:
 מוגבלים בכל המישורים, כאובה בנסיון הנעה.
 HBB - עד צידי הגוף.

כח RC:
 SSP - תקין 54/5
 IST - ללא LAG
 SC - גרבר שלילי

ללא ירידת תחושה.
 ספרלינג +/-.

מבחני תפס חיצוני:
 ניר הוקינס - חיוביים במגבלות הבדיקה.

US - קרע חלקי SST כ-0.7 ס"מ.
 מספר הסתיידויות קטנות.

תמונה של כאב והגבלת תנועה ניכרת, נשלים בירור ותגיע לביקורת.

MRI כתף ימין - קרע SST - מלא (נשארו סיבים בודדים). ללא אטרופיה
 משמעותית.

יש מחלות רקע כולל הפרעת קרישה.
 סובלת מעל 3 שנים, ללא שיפור בתלונותיה.
 יש מקום לניתוח - הוסבר כי סיכויי ההצלחה יותר נמוכים. יש גם סיכון בהחמרה.
 הוסבר לגבי הממצאים ומשמעותם. הוסבר לגבי טיפול שמרני וניתוחי.
 הוסבר לגבי סיבוכים וסיכונים בניתוח, כולל דמם, פגיעה עצבית, זיהום וכשלון
 ניתוחי.
 הוסבר לגבי תפירת גיד שריר משובב, טנודזיס/טנוטומיה של LHB.
 הוסבר לגבי שיקום ארוך, יד במתלה למשך 6 שבועות במשך כל שעות היממה.
 הבינה ומעוניינת בניתוח.

YUVALA

10:48:32

28/01/2021

מחוד 3

2

עמוד: 1

גרסה 01

סודי רפואי

סיכום ביקור - המשך

ממן גילברט

ח.ז: 1-6142168 מקרה: 33316887

מרפאה ברכיים

חתימה

רופא: דר. ארמה, יובל

מספר רשיון: 83057

28/01/21 10:48

חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" זכות לדעה, זכות לקבל www.kol-zochut.org.il	כל זכות "קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	משרד הבריאות מחייט בריאות יותן חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il
--	---	--

מרכז פואו שפר (אסף חרופא)
ד"ר יובל ארמה
מ.ר. 83057 מ.ר.ס. 2506
מחלקת המרפאה אורטופדית

גמר 01 עמוד: 3 חתום 3 28/01/2021 10:48:32 YUVATA

004. 21 2019 08:37AM P3

FROM : FAX NO.

Raphael Hospitals Ltd
Atidim Park, Building 3
P.O.B 58162, Tel Aviv
Telephone: 03-7752000

רפאל רפואות
RAPHAEL
HOSPITALS



רפאל בתי חולים בע"מ
פארק עתידים, בניין מס' 3,
ת.ד. 58162, תל אביב
טלפון: 03-7752000

הופק על ידי דר' ירון רם 12:27
02/03/2021

מכתב שחרור

שם המטופל:	ממן גילברט	מספר זיהוי:	61421681	מספר תיק:	24243
שם האב:	ניסים	תאריך לידה:	30/04/1954	מין:	נקבה
כתובת:	האלה 14, רמלה	טלפון:	0525933336	נורם מממן:	תראל
מחלקה:	חדרי ניתוח	טלפון נוסף:			

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילי

רופא אחראי

רופא: דר' ירון רם מ.ר. 34810

תאריך קבלה: 08:09 02/03/2021

תאריך שחרור: 03/03/2021

אבחנה בנכחית לפעולה

- Pain in Joint Involving Shoulder Region (Right) (71941)
- Complete Rupture Of Rotator Cuff (Right) (72761)
- Nontraumatic Rupture Of Tendons Of Biceps (Long Head) (Right) (727.62)

Supraspinatus

Partial Biceps Tendon Tear

שם הניתוח

ARTHROSCOPY OF SHOULDER Z8021 (Right)
ROTATOR CUFF REPAIR Z8363 (Right) (Remark: biceps tenodesis)

אינדיקציות לכיתוח ומחלה נוכחית

בת 66

בריאה בז"צ מטלת אלקוויסט עקב DVT בעבר קלומקס

יד דומיננטית-ימין

תלונה עקירת: כאבים בכתף ימין מזה 15/11/18 לאחר ת.ד. כנהגת רכב
סופלה שגורית בפיזיותרפיה ונגדי דלקת ללא הטבה זריקה X1

בריקה גופנית: צוואר במפ

כתף ימין-קשת מכאיבה טיפוסית הגבלה בסוף תנועה

מבחני צביטה הוקינס NEER-חיובי

מבחני EMPTY CAN ל סופראספינאטוס חיובי כח 4/5

מבחני LH3 - חיובי

מבחן נפוליאון LIFT OFF סב סקפולריס -שלילי

הורגבלאר-שלילי

מבחן CROSS CHEST ADD ל ACJ-חיובי

הדמיה MRI כתף ימין-קרע של ה SSP ותלקי של הביספס זיז אקרומיאל

דין-חוסברה מהות הבעיה
הוסברו אפשרויות הטיפול שמרני מול ניתוחי
לאור הממצאים הקליניים וההדמיות מיועד לניתוח תיקון הגיד המסובב

הוסבר לגבי הניתוח, מהלך ההחלמה הממושר, וסיכונים אפשריים לרבות כאבים, הגבלת הנעה, קרע חוזר/שאר, זיהום, נזק לעצבים
או לכלי דם, צורך בניתוח נוסף בהמשך. במידה יתגלה נזק נוסף במהלך הניתוח הניתן לתיקון ייתכן אף הוא.

היסטוריה רפואית

- S/P PE - PULMONARY EMBOLISM (415.1)
- Hypercholesterolemia
- ANXIETY STATE, UNSPECIFIED (30000)

רגישות לתרופות

שם התרופה
PRAMIN tab
תאריך רישום
28/02/2021

לא ידועה רגישות לחומרים

תיאור הניתוח ומהלך לאחר ניתוח

Posterior portal for diagnostic arthroscopy and bursoscopy, Lateral portal for the Arthroscopic Subacromial Decompression, Anterior portal for suture transfer and tendon to bone repair (to the Greater Tuberosity) . 2 3.2 parcus allsuture anchors were inserted to the medial edge of the debrided foot print. The first anchor was inserted into the bicipital groove into the medial border of the "foot print", the second anchor 1-1.5 cm posterior to the first. With the aid of the cleaver hook lasso-loop sutures were passed through the LBT, then the LBT was cut with the VAPER. Thereafter mattress sutures were passed with the aid of the Scorpion. A parcus 5.5 anchor was inserted lateral and sutures were applied. A good and sound repair of the RC was observed from both the articular and subacromial sides. Closure of the portals (x4) with 4-0 nylon sutures. Sterile dressings, collar and cuff.

סיכום ניתוח

ממצאים :

כניסה אחורית ל-GHJ: לאחר חיטוי וכיסוי כמקובל, פורטל אחורי ארטרוסקופיה אבחנתית, הדגמת הגיד ה-LBT קרע חלקי מעל 50%, הלבדום העליון הדגם דגנרטיבי, התעלה הביציפטלית מחוספסת. גיד הסופרהספינטוס קרע עובי מלא 2.5 סמ' רחב בצורת crescent, ה-foot print "חשוף. גיד הסבסקולרים, תיקון, גיד האינפרהספינטוס עם קרע מלא סחוס החומצוס והגלנואיד תיקון כניסה אחורית ל-חלל הסובאקרומיאלי: הדגמת גיד הסופרהספינטוס קרע מלא, צורת crescent עם הבסיס ברוחב 2.5 סמ' סימבטיס ובורטיסיס סבאקרומיאלי. ה-CAL מעובה מאוד ודלקתי, האקרומיון עם אוסטאופיט קדמי.

מהלך הניתוח :

Posterior portal for diagnostic arthroscopy and bursoscopy, Lateral portal for the Arthroscopic Subacromial Decompression, Anterior portal for suture transfer and tendon to bone repair (to the Greater Tuberosity) . 2 3.2 parcus allsuture anchors were inserted to the medial edge of the debrided foot print. The first anchor was inserted into the bicipital groove into the medial border of the "foot print", the second anchor 1-1.5 cm posterior to the first. With the aid of the cleaver hook lasso-loop sutures were passed through the LBT, then the LBT was cut with the VAPER. Thereafter mattress sutures were passed with the aid of the Scorpion. A parcus 5.5 anchor was inserted lateral and sutures were applied. A good and sound repair of the RC was observed from both the articular and subacromial sides. Closure of the portals (x4) with 4-0 nylon sutures. Sterile dressings, collar and cuff

המלצות

1. sos optalgin 4cc.
 2. וספלה
 3. ביקורו במרפאה בעוד שבועיים
 4. מתלה
 5. רחצה ממחר בערב
 6. פיזיותרפיה לפי פרוטוקול
- חופש מרגל 3 חודשים

חתימה:

חפא מטפל: דר' יותן רם

רישום: 34810

נחתם ע"י: דר' ירון רם מ.ר. 34810

נחתם ע"י: דר' ירון רם מ.ר. 34810

בכל שאלה לאחר השחרור ניתן להתקשר למחלקת אשפוז לדלפק הקבלה, טלפון - 03-7752063 או 03-7752000

*במידה נמצאה:

דימוס מהאזור המנותח

חום גוף מעל 38.5 מעלות

כאבים חזקים באזור המנותח

קושי במשימה

יש לפנות לרופא המנותח ולא חדר המיון הקרוב למקום מגוריך

*אם במהלך הניתוח נלקחה ממך ביופסיה עליך לברר מול הרופא המנותח לאחר 4 שבועות ממועד הלקיחה את תשומת הפתולוגיה.

*ידע את זכויותיך! חנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום,

כשהנך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il

באתר ניתן להוריד מופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

Raphael Hospitals Ltd
Atidim Park, Building 3
P.O.B 58162, Tel Aviv
Telephone: 03-7752000

רפאל RAPHAEŁ
HOSPITALS



רפאל בתי חולים בע"מ
פארק עתידים, בנין מס' 3,
ת.ד. 58162, תל אביב
טלפון: 03-7752000

הופק על ידי ד"ר ירון רם 12:25
02/03/2021

סיכום ניתוח

שם המטופל:	מנן גילברט	מספר זהווי:	61421681	מספר תיק:	24243
שם האב:	ניסים	תאריך לידה:	30/04/1954	מין:	נקבה
כתובת:	האלה 14, רמלה	טלפון:	0525933336	גורם מחמם:	הראל
מחלקה:	חדרי ניתוח	טלפון נוסף:			

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילי

תאריך הניתוח: 02/03/2021

חדר ניתוח

רופא מטופל אחראי
ד"ר ירון רם מ.ר. 34810

עוזר מבונה

עוזר מנתח: דר פי-אל תום דוד מ.ר. 136913

צוות בניתוח

רופא מנתח: ד"ר ירון רם, מ.ר. 34810
רופא מרדים: ד"ר גורלובצקי ארתור, מ.ר. 34489
אחות רחיצה: שרמן דניאל, מ.ר. 200871
אחות מסתובבת: גב' איווט מריאנה, מ.ר. 170290
עוזר מנתח: ד"ר פי-אל תום, מ.ר. 136913
סניטר: מר' פינגרט אלכסנדר, מ.ר.
עוזר מנתח: ד"ר גינזברג חצי, מ.ר. 161481

אבחנה סבבית לפעולה

- Pain In Joint Involving Shoulder Region (Right) (71941)
- Complete Rupture Of Rotator Cuff (Right) (72761)
- Nontraumatic Rupture Of Tendons Of Biceps (Long Head) (Right) (727.62)

Supraspinatus

Partial Biceps Tendon Tear

שם הניתוח

ARTHROSCOPY OF SHOULDER Z8021 (Right)
ROTATOR CUFF REPAIR Z8363 (Right) (Remark: biceps tenodesis)

סוג הרדמה
הרדמה

סיכום ניתוח

גמצאים :

כניסה אחורית ל-GHJ: לאחר חיטוי וכיסוי כמקובל, פורטל אחורי ארטרוסקופיה אבחנתית, הדגמת הגיד ה-LBT קרע חלקי מעל 50%, חילבום העלין הדגם דגנטיבי, התעלה הביציפטלית מחוספסת. גיד הסופרהספינטוס קרע עובי מלא 2.5 סמ' רחב בצורת crescent, ה-foot print "חשוף. גיד הסבסקולריס, תקין, גיד האינפרהספינטוס עם קרע מלא סחוס החומרים והגלגלניד ונקין כניסה אחורית ל-חלל הסובאקרומיאלית: הדגמת גיד הסופרהספינטוס קרע מלא, צורת crescent עם הבסיס ברוחב 2.5 סמ' סימביוס ובורסיטיס סבאקרומיאלית. ה-CAL מעובה מאוד ודלקתי, האקרומיון עם אוסטאופיט קדמי.

מהלך הניתוח :

Posterior portal for diagnostic arthroscopy and bursoscopy, Lateral portal for the Arthroscopic Subacromial Decompression, Anterior portal for suture transfer and tendon to bone repair (to the Greater Tuberosity) . 2 3.2 parcus allsuture anchors were inserted to the medial edge of the debrided foot print. The first anchor was inserted into the bicipital groove into the medial border of the "foot print", the second anchor 1-1.5 cm posterior to the first. With the aid of the cleaver hook lasso-loop sutures were passed through the LBT, than the LBT was cut with the VAPER. Thereafter mattress sutures were passed with the aid of the Scorpion. A parcus 5.5 anchor was inserted lateral and sutures were applied. A good and sound repair of the RC was observed from both the articular and subacromial sides. Closure of the portals (x4) with 4-0 nylon sutures. Sterile dressings, collar and cuff

חתימת מנתח

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר ירון רם מ.ו. 34810	פנתח/ת	02/03/2021 12:25
ד"ר ירון רם מ.ו. 34810	מנתח/ת	02/03/2021 08:14

רופא מטפל: ד"ר ירון רם

רשיון: 34810

תרום עיסוק: כירורגיה אורתופדית

שם הרופא
תחום
מספר רישיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: עתידים - רמלה
מחוז: מרכז

תאריך: 04/03/2021

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
מספר גילברט	00-06142168-1	נ	66.11	01/04/1954	נשים
שם משפחה ושם פרטי	מס זכות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רמלה	האלה	14	52	5933336	8 - 9214404
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון גוסף

גורם שולח
5310

מספר הפניה
035310233669

מספר הפניה: 35310233669
ת.בדק
61421681

רשיון רופא
029423

לכבוד: פיזיותרפיה

*2700

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
לאחר ניתוח ארטרוסקופיה של כתף ימין ותיקון קרע ב- RC מימין. הומלץ ע"י אורתופד המנתח - חופש מחלה ל- 3 חודשים. טיפולי פיזיותרפיה, אנלגטיקות.

סימנים חיוניים: גובה 155 23/09/2020 משקל 66 23/09/2020 bml 27.47

לחץ דם 122 / 60 23/09/2020

דופק 74 23/09/2020 סדיר

25/02/2021 מתאריך 86.98 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילי	אפיין	בעיה
01/03/2011		
01/01/1998		s/p RECC PULMONARY EMBOLISM
01/02/2009		BRONCHIECTASIS
01/08/1998		ACCIDENTAL LOSS OF SON IN 1998 - SEVERE DEPRESSION

ס.ה.ר 7

הפניה למכון פיזיותרפיה
מספר גילברט
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר רוברט גבריאלו 00-06142168-1
דף 1 מ 2

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/1998		DEPRESSION CHRONIC
01/04/2010		NON SIGNIFICANT CORONARY DISEASE BY ANGIOGRAPHY 28/04/2
01/03/2011		
01/08/2016		HYPERTENSION ESSENTIAL UNCOMPLICATED
01/11/2016		IMPAIRED FASTING GLUCOSE
04/12/2017		BREAST HYPERTROPHY
04/12/2017		BILAT REDUCT MAMMOPLASTY
06/12/2017		FACTOR V LEIDEN MUTATION -HETEROZIGOTE
04/11/2018		FALLS RECURRENT
15/11/2018		Partial tear Supraspinatus - Rt
15/11/2018		ACCIDENT/INJURY; NOS
15/11/2018		MOTOR VEHICLE ACCIDENT
02/03/2021	Rt	ROTATOR CUFF REPAIR
15/11/2018		Complete Rupture of Rotator Cuff - Rt
02/03/2021	Lt	ARTHROSCOPY OF SHOULDER

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2000	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
01/11/2000	01/11/2000		PSYCIATRIC DIS
01/11/2000	01/11/2000		CERVICAL SPINE SYNDR LUNBOSACRAL SPONDILOSIS
08/12/2017	29/02/2004	LT	FRACTURE LEG AND FOOT
18/11/2018	09/08/2016		BMI >30

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
בשבוע	1	איספלינות	1	BUTRANS 5 MG PAT 5MCG/1HR 5MG
ביום	3	טבליות	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37
ביום	2	טבליות	1	ELIQUIS 5MG<>>(60) TAB 5MG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	2	CLONAZEPAM TAB 2 MG 2MG
ביום	2	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	2	טבליות	1	BISACODYL 5MG TAB 5mg
ביום	1	טבליות	1	BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG

מטרת הבדיקה: לאחר ניתוח ארתרוסקופיה ותיקון קרע של RC מימין. נא טיפולים לצורך שיפור טווחי התנועה בכתף ימין, טיפולים להפחתת הכאבים. תודה.

ד"ר רוברט גבריאלוב
שם הרופא
29423
מספר רשיון
חתימת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מעד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעליה

7.ה.ר

הפניה למכון פיזיותרפיה
ממן גילברט
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר רוברט גבריאלוב

שם הרופא: ד"ר רוברט גבריאלוב
 תחום: רפואת משפחה
 מספר רשיון: 29423
 כתובת: צה"ל 2
 טלפון: 08-9186300
 פקס: 08-9186310
 מרפאה: עתידים - רמלה מחוז: מרכז

תאריך: 04/03/2021

אישור מחלה

פרטי המטופל					
ממן גילברט	00-06142168-1	66.11	נ	01/04/1954	נסים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
המלה	14	52	5933336	8	9214404
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מחלה מתאריך 02/03/2021 עד תאריך 02/06/2021 ועד בכלל טה"כ ימי מחלה 93

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

שם הרופא	ד"ר רוברט גבריאלוב	מספר רשיון	29423	נחתם דיגיטלית**
				תועמה וחתימת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

אישור מחלה	ממן גילברט	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	דף 1 מ 1
		00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר רוברט גבריאלוב	04/03/2021



סודי רפואי

טלפון: 08-9776951

מעודכן ל: 06/05/20

מחלקה: מרפ. כאב

פקס: 08-9779653

מנהל מח': דר. זויה פאייטוב שעה: 13:06

סיכום ביקור - 32912582

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק חגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו לז/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוצת בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

מחנן גילברט

ת.ז: 1-6142168 מיו: נקבה ת.לידה: 01/01/54 גיל: 66 ש
טל: 050-3214404 טל: 052-5933336 שם האב: נסים שם האם: מסעודה
מצב משפחתי: נ + 3 קופ"ח: כללית
כתובת: האלה 14, רמלה, 7252414

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 06/05/20 שעה: 12:02
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 06/05/20

אבחנות כרוניות

- V14.8 - PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO OTHER SPECIFIED MEDICINAL AGENTS
- 286.6 - DEFIBRATION SYNDROME
- V13.02 - PERSONAL HISTORY, URINARY TRACT INFECTION
- 415.19 - RECURRENT PE
- 494.1 - BRONCHIECTATIC DISEASE
- 715.18 - OSTEOARTHEROSIS, LOCALIZED, PRIMARY, INVOLVING OTHER SPECIFIEDSITES
- 311 - DEPRESSIVE DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

רשימות

Pramin Allergy

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

בת 66

הייתה מעורבת בת.דרכים ב-2019 בדרך הגיתה מעבודה נבדקה במיון לא נמצא שבר, מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון וברך ימין ביצעה פיזיותרפיה ללא הטבה בהמשך כאבים חזקים בכתף ימין לפי US הודגם קרע חלקי באורך כ-0.7 ס"מ SUPRASPINOUS TENDON מבחינת אורטופד לא מדובר על ניתוח טיפול נגד כאבים נרות וולטרן

מטופלת באליקווים פעמיים ביום בגלל תסחיף ראיתי בזריקה לתת הרגעה והרדמה מקומית

המלצות

לפי הצורך ZALDIAR עד 3 פעמים ביום
תור לזריקה RT SSB US
אישור מרופא מטפל או רופא משפחה להפסיק אליקווים 3 ימים לפני פעולה
ספירת דם, תפקודי קרישה

חתימה

רופא מאשר: דר. רבין, זינאידה

13:22 06/05/20

מספר רשיון: 37103

חתימה:

לזכויות שלכם מכל
הגורמים חפשו בגוגל
"כל זכות אחרי אשפת"

כל זכות
הגורמים חפשו בגוגל
"כל זכות אחרי אשפת"

"קול הבריאות"
5400* לכל יחידות
משרד הבריאות

"כל הבריאות"
המערכת לבדיקה
זכאיות: call.gov.il



משרד הבריאות
נחיים בריאים יותר



חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

ASSAF-HAROFEH MEDICAL CENTER
Zerifin, 70300 Israel
Affiliated To Sakler Faculty of Medicine
Tel



מרכז רפואי "אסף הרופא"
צריפין 70300
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש
סאקלר אוניברסיטת תל-אביב

מרפאות חוץ

טל': 08-9779600
פקס: 08-9250471

ממן גילברט
וסיס
מ.ר. 66
6142168-1
06.05.20
מ.ר.פ. כאב
מ.ר.פ. כאב
מקרה: 32912582
אסף הרופא

מרפאת כאב

זימון להזרקה/טיפול בחדר ניתוח אמבולטורי

בתאריך: 28.05.20

PT SSB US

1. הינך מוזמן/ת ל:

קוד 1996010 (L1996) - שיכון כאב כרוני(לא אפידורל) ☒

הזרקה/טיפול - קוד 1996000 (01996) - הזרקת אפידורל ☐

טיפול בכאב באמצעות גלי רדיו L2001 ☐

שיכון כאב כרוני חסימה עצבית בהנחיית שיקוף L1997 ☐

עירוי תוך ורידי של תרופות L0785 ☐

2. הינך מתבקש/ת להגיע לחדר ניתוח אמבולטורי בשעה 07:00.

מצויד/ת בטופס 17 מתאים.

3. אין צורך להיות בצום.

4. עליך לבוא בליווי אדם בוגר אשר ימתין לך ויחזור איתך לביתך.

5. יש להתייעץ עם הרופא המטפל/מרפאת כאב בשאלת הפסקת מדללי דם

6. אסור לנהוג עד למחרת קבלת הזריקה

7. במידה ולא תוכל/י להגיע בתאריך שנקבע לך, נא להתקשר

למרפאה בטלפון - 08-9779650/1 או 08-9779610 ולהודיע על כך מבעוד מועד.

בברכת בריאות טובה
צוות המרפאה

תאריך: 14/07/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
ממן גילברט	00-06142168-1	66.03	נ	01/04/1954	נשים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רמלה	14	52	52	9214404	8
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה: 15/11/2018

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/07/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מקום הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 15/11/2018

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 04/05/2020
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 20/08/2019
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 03/06/2019
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/05/2019
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 09/01/2019
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 24/12/2018
היתה מעורבות בת"ד בדרך מעבירה, נבדקה בחדר מיון, לא נמצא שבר מתלוננת על כאבים בצוואר, גב תחתון, ברך ימין
09/01/2019: ביקורת
21/05/2019: כאבים בכתף ימין
03/06/2019: ביקורת
20/08/2019: עדיין כאבים בגב, ברך ימין, אין שיפור לאחר פיזיותרפיה
04/05/2020: כאבים בכתף ימין
14/07/2020: לפני כחודש נפלה ושברה צלע 8 מימין עקב כך הפסיקה פיזיותרפיה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 04/05/2020
בדיקה גופנית מתאריך 20/08/2019
בדיקה גופנית מתאריך 03/06/2019
בדיקה גופנית מתאריך 21/05/2019
בדיקה גופנית מתאריך 09/01/2019
בדיקה גופנית מתאריך 24/12/2018
רגישות בצוואר וגב תחתון, הגבלה בתנועות, ללא חסר עצבי מוטורי ותחושותי, רפלקסים וכח גס תקינים
רגישות בברך ימין, הגבלה בכיפוף עקב כאבים
09/01/2019: US ברך ימין- תקין
21/05/2019: רגישות מעל דלטואיד, הגבלה באבדוקציה וסיבוב פנימי, סימן תפס חיובי
03/06/2019: US כתף ימין- קרע חלקי 0.7 ס"מ ב-SS
20/08/2019
04/05/2020
14/07/2020

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

14/07/2020

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

00-06142168-1

ממן גילברט

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN
L15	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
7261	RT	TEAR MUSCLOTENDINOUS CUFF (SHOULDER)

דיון/תוכנית טיפולית: 04/05/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך: 20/08/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך: 03/06/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך: 21/05/2019
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך: 09/01/2019
 ההפניות שהופקו ב: 24/12/2018
 טופס הפניה כללי, הפניה לדימות
 :09/01/2019
 :21/05/2019
 ההפניות שהופקו ב: 21/05/2019
 הפניה לדימות
 :03/06/2019
 ההפניות שהופקו ב: 03/06/2019
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון ו
 :20/08/2019
 ההפניות שהופקו ב: 20/08/2019
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו
 :04/05/2020
 ההפניות שהופקו ב: 04/05/2020
 הפניה לרפואה יועצת - 70005-בדיקת רופא כאב
 :14/07/2020

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	מקל הליכה	H138		הודפס

בברכה,

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

30577

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

סיכום ביקור

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

14/07/2020

00-06142168-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

ממן גילברט

Ram Yaron, M.D.
Orthopedic Surgeon
Shoulder Injuries
Sport Medicine
License number 34810

ד"ר רם ירון
מומחה לארתופדיה
פגיעות כתף
רפואת ספורט

מספר רישיון 34810
מ.ר.מ. 26492

תאריך: 24/6/21

הנדון: ממך זילברט ת.ז. 61421681

בת 66

בריאה בד"כ נוטלת אליקוויסט עקב DVT בעבר קלונקס
יד דומיננטית-ימין

תלונה עקרית: מצב לאחר ניתוח ARCR+BICEPS TENODESIS כתף ימין בתאריך 2/3/21
החלה בפיזיותרפיה
27/4/21 הגיעה לביקורת עדיין בפיזיותרפיה
24/6/21 חזרה לביקורת
מתלוננת על מעידות ונפילות חוזרות רעידות יד ימין

בדיקה גופנית:

כתף ימין- תפרים נמסו פצע נקי
27/4/21 IR 30 ER 130 אבד 150FF- עכוז
24/6/21 IR 20ER 130 אבד 150FF- עכוז פסיבי
אקטיבי מוגבלת בהרמה

Dg:shoulder pain rt

הוראות- פיזיותרפיה שיפור טווחי תנועה לנורמה
עבודה כנגד התנגדות

לאור העובדה שמתקשה בתהליך הפיזיותרפיה הקונבנציונאלי יש צורך בהוספה של טיפול במים
אבקש להוסיף הידרותרפיה לשיפור טווחים וחזוק מייצבים
T Arcoxia 90mgx1 למשך 10 ימים
זריקת דיפרוספאן+לידוקאין לכתף ימין

בברכה,
ד"ר רם ירון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
פגיעות כתף וספורט

www.ramyaronmd.com

ד"ר רם ירון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מומחה לפגיעות כתף וספורט
מ.ר.מ. 26492 34810



לגעת במים בע"מ
כריכה לימודית טיפולית ע"ש מרסל

31 אב 2021 10:23 פקס של HP

בס"ד

29.8.21
כ"א אלול תשפ"א

לכבוד:
קופת חולים
שלום רב,

הנדון: דו"ח סיכום טיפולי הידרותרפיה

ת.ז. 61421881

שם המטופל: ממון ג'לברט
תאריך תחילת טיפול: 1.8.21 תאריך סיום טיפול: 29.8.21 קיבל: 6 טיפולים
אבחנה: לאחר biceps tenodesis - ARCRC כתף ימין (2/3/21). כאבים ומגבלות תנועה בכתף.
במסגרת מאז הניתוח ישנן נפילות חוזרות (בבירור לגבי כך)

מטרות טיפול בעברית:

1. ג'לברט תסיר את השיער ביד ימין באופן עצמאי.
2. ג'לברט תנעל נעליים באופן עצמאי.
3. ג'לברט תסגור חדייה באופן עצמאי.
4. ג'לברט תצליח לעבוד עם באק כדי לאפות לחם ולעשות קציצות באופן עצמאי.
5. לימוד תרגול עצמי.

מטרות שהושגו בטיפול

1. נעילת נעליים קלה יותר (עדיין קושי בשרוכים).
2. הצליחה השבוע לעשות קציצות עצמאית, עדיין עם קושי, אך שיפור בתנועת כך היד (יכולת הפרדת התנועה).
3. שיפור ניכר בסיוח כתף, טווח הרמה קרוב למלא.
4. שיפור ניכר בביטחון במים וביכולת התרגול.
5. למדח מספר תרגילים גם לתרגול עצמי.

הערות להמשך

לצין שיתוף פעולה מצוין ומוטיבציה גבוהה לתרגול במים ולהתקדמות!!!
ונל הנ"ל בהתאם להנחיות הפיזיותרפיסט המפנה.

בברכה,
גור יפעת
פיזיותרפיסטית -
הידרותרפיה, הידרותרפיה
מס' רישוי: 10-104770
לגעת במים.

מבוא חורון 20 ד.נ שמשון 9976500 | סל: 08-9726832 פקס: 08-9726626 נייד: 050-9726832
הידרותרפיה, אירובי מים, לימוד שחייה, שחיית תינוקות ג'הארה/וואטסו | office@lbn.co.il | www.LBM.co.il

שם מטפל: אליהו יעקובוב
תחום: פיזיותרפיה
כתובת: רחוב הרצל 88 רמלה
טלפון: 08-9137313
פקס: 08-9137314

תאריך: 13/09/2021

מחוז: מרכז

מראה: מכון פיזיותרפיה רמלה מרכז

אישור ביקורים

עד תאריך: 13/09/2021

מתאריך: 03/03/2021

הנני לאשר כי

פרטי המטופל	00-06142168-1	גיל	67.05	ג	01/04/1954	נסיים
מס זהות	מס זהות	גיל	67.05	ג	01/04/1954	נסיים
שם משפחה ושם פרטי	שם האב	ת. לידה	5933336	52	טלפון	14
מס בית	מס בית	מס בית	14	מס בית	מס בית	מס בית
האלה	האלה	האלה	האלה	האלה	האלה	האלה
רמלה	רמלה	רמלה	רמלה	רמלה	רמלה	רמלה
ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב

מס הפניה: 210536019

סוג ביקור: 0 ביקור ראוי

אבחנה בהפניה		אבחנה	
צד	קוד	איפיון	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנת מטפל		אבחנה	
צד	קוד אבחנה	איפיון	ARTHROSCOPY OF SHOULDER
ימין	Z8021		

ביקור במכוננו וקיבל טיפול בתאריכים הבאים:

13/09/2021
25/08/2021
23/08/2021
18/08/2021
04/08/2021
26/07/2021
21/07/2021
19/07/2021
15/07/2021
05/07/2021
30/06/2021
28/06/2021
23/06/2021
21/06/2021
09/06/2021
07/06/2021
02/06/2021
31/05/2021
26/05/2021
05/05/2021

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

13/09/2021

הודפס ע"י אליהו יעקובוב

00-06142168-1

אישור ביקורים

ממן גילברט

03/05/2021
25/04/2021
21/04/2021
11/04/2021
04/04/2021
21/03/2021
07/03/2021

מלית
אליהו יעקובוב
פזיוותרפיסט, מ.ר. 10-156779
חתימת המטפל

אליהו יעקובוב

שם המטפל

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
13/09/2021 הודפס ע"י אליהו יעקובוב 00-06142168-1

אישור ביקורים

ממן גילברט

נספח 3 :

טופס 1 - איילון - אורתופדי וכאב

(עמודים 61 עד 61)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

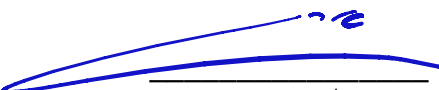
גילברט ממון - נגד - איילון חברה לביטוח בע"מ

התובעת, גילברט ממון, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, ובתחום רפואת הכאב, לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין, המרכז הרפואי שמיר ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

נספח 4 :

נחתמו

(עמודים 63 עד 66)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 61421647 / מרחוב באר 14, רמת
ת.ז. מס' 61421647 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 15.11.14
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הדרושות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטה וכו' ו/או 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, לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות ביטוח ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר וכו' והפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדתי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 14 לחודש 7 שנה 21

חתימה: ג' לי קרס מ

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

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
האלי	גלריה	61421641	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
	14	ירושלים	
		מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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 הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ובתיק לידם 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 מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מכל סוג 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: 14.7.21 עד לחתימה ומס' _____ חתימה: _____

(במקרה של קטין - חתימת הוריו) _____ מס' רשיון: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ג'ורג' ג'ורג' בעל ת.ז. 6142168 התובע בתיק בבית (ה) משפט ב לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר כי אחיה צפורה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה בזאת כדלקמן:

- להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
- להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:

ג'ורג' ג'ורג'

אישור

אני הח"מ עו"ד אברהם אברהם מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 14.7.81 הופיעה בפני ג'ורג' ג'ורג' (המוכרת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' 6142168 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפורה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין