



304486639



318322419

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 09/02/21

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
 מרפאה מנפקת : 5149 גבעת שמואל
 גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

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

אישור לטיפולים אמבולטוריים
 מס': 304486639

המבוטח : 0031832241-9 מאנסור נועה
 רופא מפנה : 36481 פריימן סרחיו דן
 סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא
 הפניה לצורך :

קוד שירות	תאור הטיפול/בדיקה	קוד שירות	שירות ספק
78003	US אורטופדי	1	78003

09/08/21

האישור בתוקף עד לתאריך:

תאריך זימון: 09/02/21

מדמון רות

שם הפקיד/מנהל אדם' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 35.00 ש"ח, אישור מספר 1137146
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 לתשומת לב בית החולים/המכון!
 להלן תנאי האישור להפניה:

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

ט-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 5149 גבעת שמואל
בארי 10 03-7385200
תאריך: 09/02/21
שעה : 11:12

-מקור-

אישור: 1/01137146
=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0031832241 מאנסור נועה

קוד	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי מכון פרטי מכון: 7812-ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ שירות: US 78003 בדיקה על קולית, עם תיעוד ת קבוצה: 7 הדמיה	09/02/21	35.00

סה"כ לטופס : 35.00			

=====

35.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 99384 -8 מדמון רות

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה: רוטשילד-מרכז מקצועי מחוז: דן-פ"ת

09/02/2021 תאריך
10:48

הפניה כללית

פרטי המטופל		מספר נועה	
שם משפחה ושם פרטי	00-31832241-9	נ	23.08
שם האב	מס זהות	מין	גיל
2080265 - 54	9 / 45	54	2080265
טלפון נוסף	מס בית	טלפון	טלפון
גבעת שמואל	אורי צבי גרינברג	רחוב	ישוב

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 16/10/2020

מספר הפניה ישירה: 32016981422

גורם שולח



2016

מספר הפניה



032016981422

תז נבדק



0318322419

מספר רשיון



036481

לכבוד: א.ס. שוק ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	US .o.x רקמות רכות	10405037

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	leg r/	HEMATOMA

תלונות: בת 2/3 מתלוננת כאבים שוק ימין אחרי מכה

ממצאים בבדיקה: כאבים שוק ימין פנמי 1/2 1/3
ללא דלקת ללא בצקת ללא שטף דם
ללא הגבלה

דיון/תוכנית טיפולית: א.ס.
ביקור חדש

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2004		OBESITY
01/07/2005		ATOPIC DERMATITIS
01/05/2006		TONSILLECTOMY WITH ADENOIDECTOMY

ד"ר גרינברג
יחידה אורטופדיה - סמוך
מ.ר. 36481

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

09/02/2021 הודפס ע"י ד"ר סרחיו דניאל פריימן 00-31832241-9

הפניה כללית

מאנסור נועה

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/10/2007		OBESITY
01/01/1998		WHEEZING
06/11/2014		BREAST ASYMETRY
06/11/2014	suspect	EATING DISORDER
07/12/2017		ASTHMA

תרופות קבועות

...	ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	שאיפות	1	1	SALBUTAMOL SULPHAT INH 0.1MG 0.1m
ביום	2	שאיפות	1	1	SYMBICORT TURB.320 MCG/9MCG 320mc

חתימה וחותמת הרופא
 ד"ר סרחיו דניאל פריימן
 שם הרופא
 מספר רשיון 36481
 חתימה וחותמת 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