



סודי רפואי

מעודכן ל: 17:36, 15/01/22

מנהל מח' דר. רוזנפלד

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10840808

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

גאנם לין

ת.ז.: 32564254-4	מין: נקבה	ת.לידה: 27/08/2012	גיל: 9 ש
טל: 050-7468274	טל: 050-8334813	טל: 0507468274	שם האם: אמאני
מצב משפחתי: ר	קופ"ח: מאוחדת	סוג מבקר: אזרח	שם האב: עטאף
כתובת: ת.ד. 28, בית ג'ן, 2499000			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: נפילה, חבלה, חתך	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: גאנם לין, 32564254-4
תאריך קליטה במיון: 15/01/22	שעה: 16:50	
תאריך קליטה בבי"ח: 15/01/22	שעה: 16:50	
זמן בדיקת רופא: 17:32, 15/01/22		

אבחנות נוכחיות

923.3 - Contusion of finger: Thumb (RT)
suspected fracture

רגישויות

לא ידוע

היסטוריה רפואית ותולדות משפחה

בת 9 בריאה בדרך כלל

לדברי האב ביום קבלתה למיון נחבל מעל אצבע 1 כף יד ימין מדלת של רכב

בבדיקתה במיון

אצבע 1 נפיחות קלה רגישות לאורך אצבע יותר באיזור גליל מקורב
תנועות אצבע מלאות תחושה שמורה ללא חוסר ניורולוגי או וסוקלרי

צלומים

תלישה של עצם באיזור גליל מרוחק

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - המשך
ת.ז.: 32564254-4 מחלקה:

מקרה: 10840808

במיון בוצע קבוע על ידי סד אצבע
משתחררת עם ההמלצות הבאות
משכך כאבים לפי הצורך
המשך מעקב רופא אורטופד בעוד שבוע ימים עם צלום ביקורת
מנוחה בבית
בכל החמרה במצב נא לחזור למיון

דיון וסיכום הקבלה

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

החלטות רפואיות:				
תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
15/01/2022	17:36	שחרור		אנ.נסאר

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: נסאר, אנדר

חתימה:

מספר רשיון: 138143

17:36 15/01/22

אנ.נסאר
רופא מאשר
15/01/22 17:36

מרשם חפא

ת.ז: 1325642544	שם המבוטח:	גאנב לין	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 27/08/2012
כתובת:	ת.ד 28 בית גן	מיקוד: 24990	טלפון: 004-9802407				

TRAUMAPLANT CREAM 50 GRAM CRM 10GR/100GR 50GR 75% EX 1 APPLIC X 3/day for 10 days (SYMPHYTUM CONC) 9807 הנחה במקרה פארם בלבד 1 - O.P.	הנחה בקופה בלבד  028856 רישון חפא הדפסה מספר 1 תוקף המרשם מתאריך: 18/01/2022 עד תאריך: 01/02/2022 מס מרשם - 1  14180101 ת. מרשם - 2  1801220031
XXXXXXX	
XXXXXXX	
XXXXXXX	מרשמים לתרופות כרוניות (למעט תרופות מיוחדות) ניתן לכבד 5 ימים לפני ואחרי תאריך המרשם ובלבד שעברו 25 ימים מהרישום האחרון
XXXXXXX	בידיעתי במידה וקיים פריט גנרי, מותרת בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה
XXXXXXX	הפריטים ימכרו בגובה ההשתתפות המאושרת לפריט ולא פחות משיעור האגרה שבתוקף בכפוף לאישורים הנדרשים
XXXXXXX	אני החתום מטה מצהיר/ה כי קיבלתי את התרופות המפורטות במרשם זה. תרופות שלא סופקו נמחקו מהמרשם בנוכחותי ת.ז. וחתימה תאריך קבלה

לתשומת לבכם! נפוק תרופות בבתי המרקחת יבוצע עם כרטיס מגנטי בלבד.

רפוא/מטפל:	ד"ר כריני פריד	רשון: 28856	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון: 04-9805307	
כתובת:	בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן		



ת.ז: 1325642544	שם המבוטח:	גאנץ' לין	מין:	נקבה	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 27/08/2012
כתובת:	ת.ד 28 בית גן	מיקוד: 24990	טלפון: 004-9802407				



אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינה מסוגלת לעבוד - מיום 15/01/2022 עד יום 15/02/2022 סה"כ 32 ימים

החל מ-11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

תעודת מחלה קשורה לתאונת דרכים
אישור מחלה בגין כאבים באגודל ימין

רופא/מטפל:	ד"ר כריני פריד	רשיון: 28856	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון: 04-9805307	
כתובת:	בית גאן- כניסה לכפר בית גן		



תאריך הדפסה: 15.01.22

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 10840808
מטבע: ILS

לכבוד: גאנם לין ת.ז: 32564254-4
רחוב /מס: ת.ד. 28
עיר /מיקוד: 2499000 בית ג'ן
טלפון: 050-7468274

מספר ביקור: 10840808 תאריך קבלה: 15.01.22 יח' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות	תאור	כמ'	מחיר	כיסוי%	הנחה	סה"כ
99283	ביקור במיון, תשלום גלובלי	1	1,038.00	100.00	0.00	1,038.00
10962	בדיקה קלינית במיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
10964	אגרת מיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
73120	צילום כף יד, אחורי-קדמי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
73120	צילום כף יד, צדי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
						סה"כ: 1,038.00

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: גאנם לין
ת.ז: 32564254-4 שכתובתי: 2499000 בית ג'ן ת.ד. 28
טלפון: 050-7468274 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: גאנם לין
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

מזל אללורף

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
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

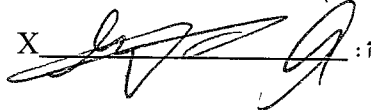
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ 036660810 שם האב _____ ת.ז. _____ 032742967
תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X 

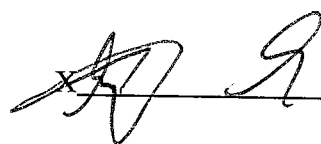
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין