

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

1.5.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
באמצעות פקס: 02-6755539

א.ג.נ.,

הנדון: רות שוב, ת.ז. 312489511
תאונה מיום 18.1.22

הריני מייצג את מרשתי שבנדון והנני מתכבד לפנות אל כבודכם כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף תעודות רפואיות רלוונטיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 10

18/01/22

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248951-1 ותאריך הפגיעה

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

1

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ מתנדב ☐ עצמאי ☒ שכיר

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

ס"ב
312489511

תאריך עלייה

שנה חודש יום

☐ ידועה בציבור ☐ גרושה ☐ אלמנה ☐ רווקה ☒ מצב משפחתי:

מספר אישי בצה"ל

שנה חודש יום

☐ פרודה ☐ נשואה ☐ אלמנה ☒ רווקה ☐ מצב משפחתי:

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

טלפון קווי טלפון נייד

דואר אלקטרוני: 0527650781@ruth@gmail.com

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר שם פרטי איש קשר מס' זהות איש קשר

ס"ב

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: שנה 2022 חודש 01 יום 18
 היום בשבוע: שלישי
 שעת הפגיעה: 7:53
 תאריך הפסקת עבודה: 19/01
 שעת הפסקת עבודה: 7:53

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בבוס

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

☒ בדרך לעבודה: בבית מלאכה (באטובוס)
 (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ בדרך לביתך: (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

המאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר נא פרט: 506 בקו 506 - חומה - לכאמ
אני פתחתי שמיני מאיך ויצאתי פתחתי הכי טובים

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: ישבתי באטובוס

ובפתאומי הופל כלפי פסמאומי, פלמיה חזקה ביוםם ושמיני ללבוכתי שמיני

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם: שמיני כתובת: חמו
 חש: פכטוש 22, הכי - חומה
 מספר טלפון: 058-4109332
☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: שנה 2022 חודש 01 יום 18
 שם מקבל ההודעה: ישכאל בכוזר - סז
 תפקיד: סז

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע: ראשי צוואר, אף, פה, אל - שבר, צוואר - נגסו
 מהות החבלה: נא פרט: שם - פכטוש
 (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? טרי יעבסקי - דר חומה
 (שם הרופא/שירות רפואי)
 תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה: נא פרט: שם - פכטוש
 שם בית החולים / מחלקה: טרי יעבסקי

שנה 2022 חודש 01 יום 18
 שעה 18:21

קופת חולים שבה אתה חבר

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא: כאמיה לזמאן תחום המומחיות: טרי יעבסקי

שבה טופלתי או אני מטופל

טלפון המרפאה

1-599-520-520

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248951-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22 עמוד 2 מתוך 10

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל הי"ס אהבה ישכר	תפקיד התובע במקום העבודה מחנכת כיתב ב'	טלפון קווי 026718117
רחוב/ תא דואר מספר בית מאז 1	יישוב ראות י-א	טלפון נייד 0507362743
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐	כן, פרט: ☐	מח' פה"מ 026726096
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐	כן, פרט: ☐	
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב/ תא דואר מספר בית	יישוב	טלפון נייד

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות ☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	טלפון קווי
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד
☐ משטרה	☐ אחר	מס' פקס
רחוב/ תא דואר מספר בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____		
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא		
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.		

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248931-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22 עמוד 4 מתוך 10

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☒ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
	האם נפגעת בהיתך: ☐ הולך רגל ☒ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)		2
מספר רישוי	פרטי ☐ מונית ☒ אחר, פרט <u>אקסוס</u> *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונה:	3
	פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☒ רכב ציבורי ☐ אחר _____	הרכב בבעלות:	4
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה <u>סופרמקס</u> ומספר הקו <u>356</u>			
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה <u>רחמן</u>	פרטי הנהג <u>אבנר</u>	5
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:	
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☒ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	6
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?			
תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____			
כתובתו _____			
טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____			
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____			

עמוד 5 מתוך 10

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248951-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22

פרטים על תאונה בנזיקין

7

סוג התאונה בנזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☒ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

8

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
30	01	2022	18	01	2022
עד שעה			עד תאריך		
			שנה	חודש	יום
משעה			מתאריך		
			שנה	חודש	יום
עד שעה			עד תאריך		
			שנה	חודש	יום
משעה			מתאריך		
			שנה	חודש	יום

☐ שהיתי
בעסק/
בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 30/01/22 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 8:20 עד שעה: 15:15

☐ עבודה במשמרות

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל) מנהל כיתה ב'

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) בביתם "אברהם ישראלי" בניין
רחוב ירושלים, חניון מאז 1

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) 31 שעות

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 13/4/22 שם פרטי ומשפחה נוה ישוב חתימה נוה ישוב

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבון הפרטי שרשום מטה:

שמות בעלי החשבון

נוה ישוב

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
<u>פיקוס</u>	<u>המלוא 221 / ש"י יפתח רבין</u>	<u>60</u>	<u>122911166</u>

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד
לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של
מושבי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי
הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק
שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי
חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 13/4/22 חתימת מקבל התשלום נוה ישוב

11

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות 3-1248951-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22 עמוד 7 מתוך 10

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע * כוח שוק

תאריך 13/4/22

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

נא ציין את מספר תעודת זהות 31249951-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22 עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: כניסה לבניין שעת הפגיעה: 7:53

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: 7:00 - 16:00

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: 77-ט

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן

1. שם ת.ז.

2. שם ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
<u>מנהל כיתה</u>	<u>הגה (זיווג) וניס</u>		
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע שם הקבלן המבצע

☐ פגיעה בדרך לעבודה: 15 איזו משמרת? 8 הכתובת שבה היה אמור לעבוד? מאכ 1 מאכ 1

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק ב"ס אהבה ישראלי - כנס י.א.

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי 91411870909000

תאריך תחילת עבודה: 1/9/21 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 50% מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☒ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: קורונה

ממתי 3/1/22 עד מתי 14/1/22 נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☒ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום	
		יומי	חודשי			לתקופה	סכום
חודש 9	20	☒	☐	9,269		חובשית	טלפון ואסלה
חודש 10	20	☒	☐	5,141		חובשית	טלפון ואסלה
חודש 11	20	☒	☐	4,931		חובשית	טלפון ואסלה
חודש 12	19	☒	☐	5,887		חובשית	טלפון ואסלה

☒ העובד שב לעבודה בתאריך 20/2/22

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה חתימת המעסיק

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפקד תלושי שכר יוניק

חתימת המעסיק דניאל גמא תאריך 17/1 שם ותפקיד החותם חתימה וחותמת

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248951-1 ותאריך הפגיעה 18/11/22 עמוד 9 מתוך 10

15 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 85.44

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

16 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

עד כה לא נודע לנו על פגיעה נוספת

כיום, הימים הנותרים לתשלום הם 85.44

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 18/11/22 תפקיד החותם מנהל שם החותם דניאל גולד חתימה וחותמת ד. גולד

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☒ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

ד. גולד

X חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 31248931-1 ותאריך הפגיעה 18/01/22 עמוד 10 מתוך 10



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	312489311	18/01/2022 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
רוב	רות	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☒ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 13/4/22 חתימת המבוטח * רות שובל

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יונה שגב, מס' 31248954-2, מרחוב מחנה 7 הר-חומה יבנא,
ת.ז. מס' 31248954-2, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 18/01/22
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, 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 הכרזת 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 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 בימ"ש 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, לעשות כל הפעולות 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 בהעדרי.
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 8 לחודש פברואר שנה 2022

חתימה: בוס שוק X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשומי: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה שול שם פרטי רות תעודת זהות 31248951-1
 שם מלא רות שול שם קטן רות מס' 7 עיר ירושלים מיקוד 93121 טלפון 052-7650781

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: מאגרי סניף: כז - מאגרי מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: 8.2.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. מ"ד אריאל מרינברג חתימה: רות שול
 מס' רשיון: 62254

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון: 02-6596429
פקס: 04-6459082
דואל: bohanim.jerusalem@police.gov.il
מס' מסמך בתיק: ב
נושא המסמך:

יחידה: יחידת בוחנים מחוז ירושלים
מספר תיק פלא: 102675/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 21/02/2022, כ' אדר תשפ"ב, 09:59
כתובת: רחוב יפו 97, ירושלים, בניין כלל.

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 18/01/2022 בשעה: 07:53

2. מקום התאונה:

ירושלים מעלה דרגה בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב: 70142002 סוג רכב: אוטובוס צבורי עירוני
חברת ביטוח: מספר פוליסה: תוצר רכב: גולדן דרגון סי
ישראלית סוג לוחית:

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	516378007	חברה סופרבוס ירושלים בע"מ				
נהג		עבדל רחמן				
נוסע	312489511	שוב רות	19/01/1994	ירושלים, נחמה 7	ט.ר.מ.	קלה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 21/02/2022

פרטי המטפל בתיק

מ"א: 1763457 שם משפחה: שמורק שם פרטי: גליה

פרטי השוטף המוסר

מ"א: 1763457 שם משפחה: שמורק שם פרטי: גליה

דרגה: רס"מ

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפלה תאונת עבודה. פרוט:נפלה	תיק מס': 163642	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס': 781081	תאריך ביקור Visit Date: 08:21 18/01/2022
--	--------------------	--------------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. עותמאן קראמה	שם: רות שוב תז: 312489511	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: לאומית
--	--	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0527650781 אימייל: אין	

Diagnosis	אבחנה
Contusion, Musculoskeletal Symptoms Nasal	

Pulse: 91, TempC: 37 PO, O2sat: 99, BP: 106/68 (other vitals may be on scanned chart)

Date Of Birth: 19/01/1994 Age: 28 years

Clinical History:
TRUAM A TO THE NOSE THIS MORNING WHILE IN THE BUS WHIC STOPPED SUDDENLY AND SO SHE GOT HIT
NASAL PAIN AND SWELLING WITH BRUSING
PAIN OVER THE LIMBS
NO LOC , NO HEADACHE OR VOMITING
===

Physical Findings:
ALERT AND ORIENTED/ GCS=15, NORMAL GAIT
SOSCALP HEMATOMA
ABRASION AT THE BRIDGE OF THE NOSE WITH TENDER SWELLING
NO EPISTAXIS OR ACTIVE BLEEDING
GOOD GENERAL CONDITION
XRAY= NO FX

CORONA : was NOT vaccinated twice, Did NOT have Corona, currently Covid19 Negative

Assessment and plan:
MVA/ NASAL CONTUSION
MANAGE WITH ADVIL AS PRESCRIBED

ש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)
	לומים שבוצעו: <<< פ

לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit	הוצדורות וטיפולים שנגשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):
Syntomycin ointment LOC, 1 application	רשמים שניתנו בסוף הטיפול:
Prescriptions	

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית. ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה ומנוחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעומצת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחנת כסובל ממתחה של שריר. מצב זה נובע ממתחת יתר של שריר עד ליצירת קרעים מיקרוסקופיים בסיבי השריר. בדרך כלל החלמה ממצב זה נמשכת כשבוע עד שבועיים. ניתן להקל על התסמינים בדרכים הבאות:

- במהלך 24 השעות הראשונות יש להניח קרח בשקית ניילון עטופה במגבת על אזור הכאב למשך 10 דקות בכל שעה
- יש לאפשר מנוחה של השריר הפגוע למשך מספר ימים.
- ניתן לחבוש את האזור הכואב בעזרת תחבושת אלסטית.
- יש להניח את התחבושת בצורה מייטבית- מתוחה מספיק על מנת לספק תמיכה טובה, אך לא מתוחה מדי, דבר העלול לגרום להפרעה באספקת הדם לאזור ולתחושת נימול.
- יש להסיר את התחבושת לפחות פעם ביום

ש לפנות לרופא המטפל בקופת חולים במידה והכאב מחמיר או שמתפתחת נפיחות באזור הכואב. ש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב בלתי נסבל או אם מתפתח חום גבוה מ 38 מעלות.

**מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים, מעקב עם אג בעוד 2 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. עותמאן קראמה ע.מ.ר. 21719**

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה חראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כומומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם ,

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: נפילה/ תאונה עבודה. פרוט:נפילה	תיק מס': 163642	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 781081	תאריך ביקור Visit Date: 08:21 18/01/2022
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. עותמאן קראמה	שם: רות שוב תז: 312489511	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: לאומית
--	--	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0527650781 אימייל: אין	

Diagnosis	אבחנה
Contusion, Musculoskeletal Symptoms Nasal	

Pulse: 91, TempC: 37 PO, O2sat: 99, BP: 106/68 (other vitals may be on scanned chart)

Date Of Birth: 19/01/1994 Age: 28 years

Clinical History:

TRUAM A TO THE NOSE THIS MORNING WHILE IN THE BUS WHIC STOPPED SUDDENLY AND SO SHE GOT HIT
NASAL PAIN AND SWELLING WITH BRUSING
PAIN OVER THE LIMBS
NO LOC , NO HEADACHE OR VOMITING
===

Physical Findings:

ALERT AND ORIENTED/ GCS=15, NORMAL GAIT
SOSCALP HEMATOMA
ABRASION AT THE BRIDGE OF THE NOSE WITH TENDER SWELLING
NO EPISTAXIS OR ACTIVE BLEEDING
GOOD GENERAL CONDITION
XRAY= NO FX

CORONA : was NOT vaccinated twice, Did NOT have Corona, currently Covid19 Negative

===

Assessment and plan:

MVA/ NASAL CONTUSION
MANAGE WITH ADVIL AS PRESCRIBED

ש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

ילומים שבוצעו:
ק <<<

יתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
ש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.



Prescription

28.02yrs
די רוסי 6 ירושלים

#ביקור SO 781081

מרשם

עבור: רות שוב

קופה: **לאומית**

תאריך ביקור 18/01/2022

תז 312489511

FUCIDIN (Fusidic acid/sodium fusidate) Cream 2% (30 g tube) topical

1 (One) application

3 (Three) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS

Ibuprofen (ADEX

ADVIL

ARTOFEN

IBUFEN

NUROFEN) 400 mg tabs PO

1 (One) tablet

2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #:10 (Ten) tablet



חותמת

הרופא/ה המטפל/ו עותמאן קראמה ע

רשיון 21719



ת.ד. לקוח: 312489511



לכבוד

שם ספק : מרכז רפואי קופ"ח טרומפלדור

כתובת : טרומפלדור 3 ירושלים

02-5675111 : טלפון

טלפון נוסף :

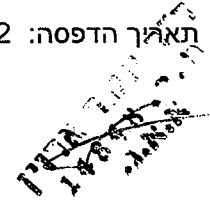
תאריך הפקה: 23/01/2022

תוקף התחייבות זו עד תאריך 28/02/2022

מקור

התחייבות למכון מספר: 111060497

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 23/01/2022

פרטי לקוח		שם לקוח.....: שוב רות		ת.ז. לקוח...: 312489511	
שנת לידה : 1994		טלפון : 02-6451705		כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 9312107	
טלפון נוסף: 052-7650781		פרטי טיפול			
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק	כמות	
1	34492	עצמות אף עד שני מבטים	34492	1	
פרטי גורם מפנה					
רופא מפנה...: יונגר ארז		רישיון.....: 14848			
מרכז רפואי: מסילת ישרים		תאריך הדפסה: 23/01/2022			
מפיק.....: ד"ר ארז יונגר					
חתימה וחותמת					
תודה שבחרת לאומית					

17:43:30

תאריך הדפסה : 18/01/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

רפואה דחופה מס. 52511332

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	גיל : 27Y 11M
נחמה 7/1 ירושלים 93121	מגדר : נ
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 90985 ביקור במיון ! ===== MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE < ACUTE > אבחנה משוערת: ===== E819 תלונות: ===== קיבלה מכה באוטובוס היום נבדקה בטרם נשלל שבר לאף. יש כאבי ראש. ללא הקאות או איבוד הכרה. ללא חסר נוירולוגי בבדיקה. במקרה של הקאות, ירידה במצב ההכרה, תופעות נוירולוגיות, יש לפנות למיון. אבחנות כרוניות: ===== ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO HOUSE DUST MITE HELICOBACTER PYLORI [H. PYLORI] INFECTION F41.9 V15.060 041.86	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

17:43:30 תאריך הדפסה : 18/01/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

רפואה דחופה מס. 52511332 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	גיל : 27Y 11M
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	מגדר : נ
טלפון : 02-6451705	052-7650781
LEUKOPENIA 288.00 WHITE BLOOD CELLS DISEASE, OTHER SPECIFIED 288.8 MYOPIA 367.1 < BILATERAL > ASTIGMATISM, REGULAR 367.21 < LEFT > ANISOMETROPIA 367.31 EXOTROPIA, ALTERNATING 378.15 EXOPHORIA 378.42 VITREOUS LIQUEFACTION-SYNERESIS 379.212 < BILATERAL > רגישויות : ===== תכשיר שאינו בקופה-תיעוד	
תאריך : 18/01/22 הופק ע"י ד"ר אישטה מרים מ"ר : 36413 תוקף הפנייה זו ל-24 שעות ממועד הפקתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

16:31:03 תאריך הדפסה : 19/01/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

פרופ' פיצ'חדזה איסק

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. : 116966

כתובת המרפאה :

טרומפלדור 3 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-5675111

פיזיותרפיה מס. 52524376

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y 0M
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: CONTUSION OF BACK SCOLIOSIS ASSOCIATED WITH OTHER CONDITIONS תלונות: אתמול נפלה בתוך אוטובוס וקיבלה מכה בראש וצוואר ובגב גב טובלת מכאבים בצוואר ללא הגבלה בתנועה ללא חוסר NV במימוש רגישות קלה באזור גב תחתון וגב מחליץ יעוץ רופא אף אוזן גרון ונהורולוג בצלומים אין שבר SCOLIOSIS אבחנות כרוניות: ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO HOUSE DUST MITE	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

10:33:07

תאריך הדפסה : 21/01/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרסין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר לישינסקי אלכס

רפואת משפחה

מ.ר. : 32707

כתובת המרפאה :

צביה ויצחק 5 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6461222

יעוץ רפואי מס. 52544045

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	גיל : 28Y OM
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	מגדר : נ
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 90878 אף אוזן גרון מומחה !	
אבחנה משוערת: CONTUSION OF MULTIPLE SITES, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED 924.8 CONTUSION OF NOSE 920.5	
תלונות: ב-18.1.22 נפלה באוטובוס. חבלת אף, צוואר, גב. על אדקס, אופטלגין, ללא שיפור. לא הודגם שברים כולל באף (בדיקה בטרם. חתום ע"י רונטגנולוג). מעט שטף דם, רגישות באף, רגישות פראורטברלית בצוואר ע"ש גבי.	
אבחנות כרוניות: ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED F41.9 PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO HOUSE DUST MITE V15.060 HELICOBACTER PYLORI [H. PYLORI] INFECTION 041.86 LEUKOPENIA 288.00 WHITE BLOOD CELLS DISEASE, OTHER SPECIFIED 288.8	

ד"ר לישינסקי אלכס
מ.ר. 32707

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה: 21/01/22
שעת הדפסה: 10:40

ד"ר ארז יונגר
התמחות: אף אוזן גרון

טלפון	אתר קבלה וכתובת	שעות קבלה		יום
		עד שעה	משעה	
	מרפאה עצמאית	12:00	9:00	א
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	12:00	9:00	ב
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	12:00	9:00	ג
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	16:00	14:00	ג
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	12:00	9:00	ד
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	12:00	9:00	ה
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			
	מרפאה עצמאית	15:45	14:00	ה
02-6245901	המעלות 4 ירושלים			

תודה שבחרת לאומית שירותי בריאות

15:28:13

תאריך הדפסה : 23/01/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרסין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר יונגר ארוין

אף אוזן גרון

מ.ר. : 14848

כתובת המרפאה :

המעלות 4 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6245901

רנטגן מס. 52562048

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	גיל : 28Y 0M
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	מגדר : נ
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 34492 עצמות אף עד שני מבטים ! אבחנה משוערת: 478.15 STUFFY NOSE האם בהריון?...? לא ידוע תלונות: חבלה באף--ניבדקה בטרם NASAL TRAUMA--אין למשש שבר-ספטום ישר -נושמת טוב סיבת ההפניה: R.O NASAL FRACTURE	
תאריך: 23/01/22 הופק ע"י ד"ר יונגר ארוין מ"ר: 14848 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. להפניה זו מצורפת התחייבות מס. 111060497 לבית החולים: מרכז רפואי קופ"ח טרומפלדור	

ד"ר ציון טלי מרסין

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים

תאריך הדפסה: 3/02/2022

פרטי המטופל/ת

19/01/1994	נ	28.00	1-31248951/1	שוב רות
תאריך לידה	מגדר	גיל	ת.ז	שם משפחה ושם פרטי
052-7650781	052-7650781	7/1	נחמה	ירושלים
טלפון נוסף	טלפון	מס' בית	רחוב	ישוב

לכבוד
ד"ר יונגר ארז

פרטי ביקור - תאריך: 23/01/2022 שעה: 15:37 הפניה: 52562048

תוצאות בדיקה עצמות אף עד שני מבטים

עצמות אף עד שני מבטים

הודגם שבר בעצם האף

רופא מפענח: ד"ר בלנק פיוטר
תאריך: 3/02/2022 שעה: 12:38
מס' רשיון: 14343

** המסמך מכיל מידע על פי חוק הגנת הפרטיות **
הודפס ע"י זהבה עמראן נ.ק.ל

14:52:16

תאריך הדפסה : 3/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר יונגר ארז

אף אוזן גרון

מ.ר. : 14848

כתובת המרפאה :

המעלית 4 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6245901

יעוץ רפואי מס. 52695532

פרטי המטופל

שם מלא

תעודת זהות

1-31248951/1

שוב רות

ת.ל.ידה : 19/01/94

מספר : נ

גיל : 28Y OM

כתובת : מחנה 7/1 ירושלים 93121

טלפון : 02-6451705 052-7650781

מדיקת הדיושה :

90878

אף אוזן גרון מומחה -

אבחנה משוערת :

802.0

CLOSED FRACTURE OF NASAL BONES

זליות :

לאחר תזלה באף באיטובוס
בצילום שני אף--כאבים באף--

אבחנה כרונית :

ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED
PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO HOUSE DUST MITE
HELICOBACTER PYLORI [H. PYLORI] INFECTION
LEUKOPENIA
WHITE BLOOD CELLS DISEASE, OTHER SPECIFIED
MYOPIA
< BILATERAL >
ASTIGMATISM, REGULAR

F41.9
V15.060
041.86
288.00
288.8
367.1
367.21

14:52:16

תאריך הדפסה : 3/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר יונגר ארנון

אף אוזן גרון

מ.ר. : 14848

כתובת המרפאה :

המעלות 4 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6245901

יעוץ רפואי מס. 52695532 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.ל.י.ה : 19/01/94	גיל : 28Y OM
מגדר : נ	
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	
טלפון : 02-6451705	052-7650781
< LEFT > ANISOMETROPIA 367.31 EXOTROPIA, ALTERNATING 378.15 EXOPHORIA 378.42 VITREOUS LIQUEFACTION-SYNERESIS 379.212 < BILATERAL > רגיטויים: ===== תכשיר מאינט בקופה-תיעוד	
רשאלר ליועץ: ===== למרפא אג--הדסה עין כרם--NASAL REDUCTION OF FRACTURE תאריך: 3/02/22 הופק ע"י ד"ר יונגר ארנון מ"ר: 14848 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מהאריך הוצאה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לשנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית כיכאותך לקבלת שירות זה.	

*** למסמך מכיל מידע מיון עפ"י דיוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 8/02/22
שעת הדפסה : 17:20:24
דף : 1



ד"ר אישטה מרים
רפואת משפחה
מ.ר. : 36413
כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים
טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל

שם : שוב רות	ת.ז. : 1-31248951/1
גיל בעת הביקור : 28Y 0M	ת.לידה : 19/01/1994

תאריך ביקור : 8/02/22 שעת ביקור : 17:00
רופא/מטפל : 36413 אישטה מרים
סיבת ביקור : 1 מחלה
אתר : : סניף הר חומה
תחום טיפול : רפואת משפחה
תיק רפואי : תמר

אבחנות :

F41.9 ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED
< CHRONIC >

תלונות :

תאונה כאמור באוטובוס 506 מהר חומה לרמות
ב18.0.22.
הנהג בלם בחוזקה ורות עפה על שימשת הזכוכים.
קיבלה שבר באף.
חבלת בפנים צוואר גב ידיים ורגליים.
מועמדת לניתוח באף בהדסה.
מרגישה חוסר שקט, לא מצליחה לישון.
חושבת הרבה על התאונה.
סובלת מהתפרצויות של בכי גם כאשר נמצאת בעבודה.
לא לוקחת קן 506 יותר.
מאד בלחץ בזמן נסיעות באוטובוס.
מפחדת לעמוד, קושי לתקף את הכרטיס.
ירידה בתאבון ובמשקל.

מרגישה לחץ באף וקשיי נשימה.
כאבים חזקים בצוואר.
קושי בתפקוד ובעבודה.

דרישות למעבדה :

מס.דרישה : 29367943

בקטריולוגיה תרביות

Throat Strep. culture

הפניות :

הפניה בביקור - הפניה לאינטייק ברהן - INTAKE (הפניה מס. 52750026)

מרשמים :

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 8/02/22
שעת הדפסה : 17:20:24
דף : 2



ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל - המשך

שם : שוב רות	ת.ז. : 1-31248951/1
גיל בעת הביקור : 28Y OM	ת.לידה : 19/01/1994

ASSIVAL 2 MG 30 TAB -20760

1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים), כמות: 30 (שלושים) יח' 2 (שני) MG כ"א

הופק ע"י ד"ר אישטה מרים מ"ר 36413

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממנה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראייה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

17:11:51

תאריך הדפסה : 8/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

שרות לעבודה סוציאלית מס. 52750026

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y OM
טלפון : 02-6451705	052-7630781
===== ! הבדיקה הדרושה: 91625 הפניה לאינטייק ברחן - INTAKE ! ===== אבחנה משוערת: ===== F41.9 תלונה: ===== תאונה כאמור באוטובוס 506 מהר חומה לרמות ב.18.0.22. הנהג בלם בזוזקה ורות עפה על שימשת הזכוכים. קיבלה שבר באף. חבלה בפנים צוואר צב ידיים ורגליים. מועמדת לניתוח באף בהדסה. מרגישה חוסר שקט, לא מצליחה לישון. חושבת הרבה על התאונה. סובלת מהתפרצויות של בכי גם כאשר נמצאת בעבודה. לא לוקחת קן 506 יותר. מאד בלחץ בזמן נסיעות באוטובוס. מפחדת לעמוד, קושי לתקף את הכרטיס. ירידה בתאבון ובמשקל.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

17:11:51

תאריך הדפסה : 8/02/22

רופא אינפי

ד"ר ציון טלי מרסין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

שרות לעבודה סוציאלית מס. 52750026 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : ומה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y 0M
טלפון : 02-6451705	052-7650781
סיבת ההפניה: טיפול פסיכיאטרי	
תאריך : 8/02/22 רופק ט"י ד"ר אישטה מרים מ"ר : 36413 חוקק ההפניה ל- 91 ימים מתאריך רוצאתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן טפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה: 3/02/2022

פרטי המטופל/ת

שוב רות	1-31248951/1	28.00	נ	19/01/1994
שם משפחה ושם פרטי	ת.ז	גיל	מגדר	תאריך לידה
ירושלים	נחמה	7/1	052-7650781	052-7650781
ישוב	רחוב	מס' בית	טלפון	טלפון נוסף

לכבוד
ד"ר יונגר ארז

פרטי ביקור - תאריך: 23/01/2022 שעה: 15:37 הפניה: 52562048

תוצאות בדיקה עצמות אף עד שני מבטים

עצמות אף עד שני מבטים

הודגם שבר בעצם האף

רופא מפענח: ד"ר בלנק פיוטר
תאריך: 3/02/2022 שעה: 12:38
מס' רשיון: 14343

**** המסמך מכיל מידע על פי חוק הגנת הפרטיות ****
הודפס ע"י זהבה עמראן נ.ק.ל

14:52:16

תאריך הדפסה : 3/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרסין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאיל 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר יונגר ארנון

אף אוזן גרון

מ.ר. : 14848

כתובת המרפאה :

המעלית 4 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6245901

יעוץ רפואי מס. 52695532

פרטי המטופל

שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y 0M
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 90878 אף אוזן גרון מומחה - (000) 14848 אבחנה משוערת: 802.0 זלילות: 802.0 לאחר גילה באף באיטובוס בצילום שבר אף--כאבים באף-- אבחנה כרונית: 367.21 ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED F41.9 PERSONAL HISTORY OF ALLERGY TO HOUSE DUST MITE V15.060 HELICOBACTER PYLORI [H. PYLORI] INFECTION 041.86 LEUKOPENIA 288.00 WHITE BLOOD CELLS DISEASE, OTHER SPECIFIED 288.8 MYOPIA 367.1 < BILATERAL > ASTIGMATISM, REGULAR 367.21	

14:52:16

תאריך הדפסה : 3/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר יונגר ארנון

אף אוזן גרון

מ.ר. : 14848

כתובת המרפאה :

המעלות 4 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6245901

יעוץ רפואי מס. 52695532 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.ל.י. : 19/01/94	גיל : 28Y 0M
כתובת : נתמה 7/1 ירושלים 93121	
טלפון : 02-6451705	052-7650781
< LEFT > ANISOMETROPIA 367.31 EXOTROPIA, ALTERNATING 378.15 EXOPHORIA 378.42 VITREOUS LIQUEFACTION-SYNERESIS 379.212 < BILATERAL > רגיטויז : ===== תכשיר פאיינט בקופה-תיעוד	
רשאלר ליועץ : ===== למרפא אאג--הדסה עין כרם--NASAL REDUCTION OF FRACTURE	
תאריך : 3/02/22 הופק ע"י ד"ר יונגר ארנון מ"ר : 14848 תוקף הרפואה ל- 91 ימים מהתאריך הוצאתה. אם נדרשה התחייבות לקבלת טיפול, עליך לשלוח לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית ביכולת לקבלת טיפול זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י דיק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה : 8/02/22
שעת הדפסה : 17:20:24
דף : 1



ד"ר אישטה מרים
רפואת משפחה
מ.ר. : 36413
כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים
טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-31248951/1	שם :	שוב רות
ת.לידה :	19/01/1994	גיל בעת הביקור :	28Y 0M

תאריך ביקור: 8/02/22 שעת ביקור: 17:00
רופא/מטפל: 36413 אישטה מרים
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר:.....: סניף הר חומה
תחום טיפול: רפואת משפחה
תיק רפואי: תמר

אבחנות:.....
=====

F41.9 ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED
< CHRONIC >

תלונות:.....
=====

תאונה כאמור באוטובוס 506 מהר חומה לרמות
ב18.0.22.
הנהג בלם בחוזקה ורות עפה על שימשת הזכוכים.
קיבלה שבר באף.
חבלת בפנים צוואר גב ידיים ורגליים.
מועמדת לניתוח באף בהדסה.
מרגישה חוסר שקט, לא מצליחה לישון.
חושבת הרבה על התאונה.
סובלת מהתפרצויות של בכי גם כאשר נמצאת בעבודה.
לא לוקחת קל 506 יותר.
מאד בלחץ בזמן נסיעות באוטובוס.
מפחדת לעמוד, קושי לתקף את הכרטיס.
ירידה בתאבון ובמשקל.

מרגישה לחץ באף וקשיי נשימה.
כאבים חזקים בצוואר.
קושי בתפקוד ובעבודה.

דרישות למעבדה:.....
=====

מס.דרישה: 29367943

בקטריולוגיה תרביות
Throat Strep. culture

הפניות:.....
=====

הפניה בביקור - הפניה לאינטייק ברהן- INTAKE (הפניה מס. 52750026)

מרשמים:.....
=====

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 8/02/22
שעת הדפסה : 17:20:24
דף : 2



ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל - המשך

ת.ז. :	1-31248951/1	שם :	שוב רות
ת.לידה :	19/01/1994	גיל בעת הביקור :	28Y 0M

ASSIVAL 2 MG 30 TAB -20760

1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים), כמות: 30 (שלושים) יח' 2 (שני) MG כ"א

הופק ע"י ד"ר אישטה מרים מ"ר: 36413

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

17:11:51

תאריך הדפסה : 8/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

שרות לעבודה סוציאלית מס. 52750026

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר: נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל: 28Y OM
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 91625 הפניה לאינטייק ברהן - INTAKE ! אבחנה משוערת: F41.9 ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED < CHRONIC > תלונות: תאונה כאמור באוטובוס 506 מהר חומה לרמות ב.18.0.22. הנהז בלם בחוזקה ורות עפה על שימשת הזכוכים. קיבלה שבר באף. חבלה בפנים צוואר גב ידיים ורגליים. מועמדת לניתוח באף בהדסה. מרגישה חוסר שקט, לא מצליחה לישון. חושבת הרבה על התאונה. סובלת מהתפרצויות של בכי גם כאשר נמצאת בעבודה. לא לוקחת קן 506 יותר. מאד בלחץ בזמן נסיעות באוטובוס. מפחדת לעמוד, קושי לתקף את הכרטיס. ירידה בתאבון ובמשקל.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 2 דפים

17:11:51

תאריך הדפסה : 8/02/22

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

ד"ר אישטה מרים

רפואת משפחה

מ.ר. : 36413

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

שרות לעבודה סוציאלית מס. 52750026 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y OM
טלפון : 02-6451705	052-7650781
סיבת ההפניה: טיפול פסיכילוגי	
תאריך : 8/02/22 רופק ע"י ד"ר אישטה מרים מ"ר : 36413	
הוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך רוצאתה. אם נדרשת התחייבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחייבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 2 דפים

תאריך הדפסה: 25/02/22
חוק הביטוח הלאומי
תשי"ד - 1953

מקור

קופת חולים לאומית

סניף: סניף הר חומה

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון: 02-6453203

תעודת זהות רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם	רוח	יעקב	1-31248951-1	שם	מס. הזהות
כתובת הנפגע:	נחמה 7/1 י"ס	שנת הלידה:	94	שם	הזהות
משרד החינוך - אולפנים	18/01/2022	7:53		שם	המטפד
שם המטפד	תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה		שם	המטפד
כתובת המטפד: מעוז 1				שם	המטפד
ישבה בתוך האוטובוס ואוטובוס	וראש צוואר גב פנים	פגיעות קודמות בתאריך		שם	המטפד
וההתנסקות בשעת הפגיעה וגורם הפגיעה	והאיבר שנפגע	18/01/2022	ד"ר אישטה	שם	המטפד
18/01/2022	מ.ט.ר.מ	18/01/2022	ד"ר אישטה	שם	המטפד
נמצא בטיפולנו מ-1 ריפוי ראשון ניתן על ידי בתאריך ומתופא כעת ב-				שם	המטפד

CLOSED FRACTURE OF NASAL BONES

אבחנה:

כתוצאה מהפגיעה הוא אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך 32 ימים היינו מיום 18/01/2022 עד יום 18/02/2022 (בכלל)

פרטי הרופא המפיק: ד"ר אישטה מרים, מ.ר. 36413, רפואת משפחה

25/02/2022

תאריך מתן התעודה

תאריך הבדיקה

חתימת רופא השרות המוסמך

חתימת המשרד

חותמת המוסד

ד"ר אישטה מרים, רפואת משפחה
שם הרופא המטפל

הזכות לגימלה נקבעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה זכות זו. תעודה זו תימסר לנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי

תיאור התאונה: ישבה באוטובוס הנהג בלם והתנגשה בשמשה של האוטובוס

טיפול קודם:

המימצא הקליני: שבר אף סטיית מחיצה כאב ראש צוואר גב

סוג הצילום: רנטגן ת. צילום: 18/01/2022

ממצא בצילום: שבר באף

הטיפול שניתן על-ידינו: אנלגטיקה

הערות: מועמדת לניתוח אף ודס צוואר

תאריך: 25/2/22

חתימת הרופא:

(CHHDTRTA)

טופס 01-221 400+25+5 7/93 א.ר.ז.

16:30:45 תאריך הדפסה : 23/02/22

רופא אישי
ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה
מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

פרופ' פיצ'חדזה איסק

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 116966

כתובת המרפאה :

טרומפלדור 3 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-5675111

CT-טומוגרפיה ממוחשבת מס. 52916015

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת. לידה : 19/01/94	מגדר : נ
כתובת : נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y 1M
טלפון : 02-6451705	052-7650781
! הבדיקה הדרושה: 32112 סורק ממוחשב-סי.טי. ע"ש צוארי CT ! אבחנה משוערת: CERVICALGIA [PAIN IN NECK] SCOLIOSIS AND KYPHOSCOLIOSIS, OTHER 723.1 737.39 האם נדרשת הרדמה: לא. האם בהריון?...? לא היסטוריה רפואית ונימוקים קליניים לבדיקה: אתמול נפלה בתוך אוטובוס וקיבלה מכה בראש וצוואר ובגב גבי טובלת מכאבים בצוואר ללא הגבלה בתנועה ללא חוסר NV במישור רגישות קלה באזור גב תחתון וגבי ממליץ יעוץ רופא אף אוזן גרון ונהורולוג בצלומים אין שבר SCOLIOSIS	


05853 BREXIN 20 MG 20 TAB
 Piroxicam

15% השתתפות הלקוח

OP 1

1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 20 ימים)

RPT 1/1

ידוע לי כי בית המרקחת מורשה לספק תרופה גנרית זהה שאושרה ע"י הקופה, אלא אם ציינתי במפורש אחרת.

שם הרופא : פיצ'חדזה איסק

רשיון הרופא : 116966

תחום טיפול : כירורגיה אורתופ

טלפון : 02-5675111

כתובת : טרומפלדור 3, ירושלים

מרפאה : סניף ירושלים ר.תחומי

חתימה וחותמת הרופא

תוקף המרשם מתאריך: 23/02/2022 ועד תאריך: 25/03/2022



 ההשתתפות העצמית על פי תכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים התקפים.
 לפרטים לגבי בית המרקחת הקרוב למקום מגוריך ניתן לפנות ל 1-700-507-507

 לעמיתי "לאומית זהב" - הנחה על 600 תרופות, נא בידקו בקבלה אם קיבלתם הנחה.
 **** "לא לעשן, ללכת 10000 צעדים ביום ולהקפיד על תזונה מאוזנת" ****

 אתר לאומית באינטרנט: www.leumit.co.il

תאריך הדפסה : 23/02/22 16:30:45

רופא אישי

ד"ר ציון טלי מרטין

רפואת משפחה

מ.ר. : 32905

כתובת המרפאה :

אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-6453203

גורם מפנה

פרופ' פיצ'חדזה איסק

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 116966

כתובת המרפאה :

טרומפלדור 3 ירושלים

טלפון במרפאה : 02-5675111

CT-טומוגרפיה ממוחשבת מס. 52916015 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
שוב רות	1-31248951/1
ת.ל.ידה : 19/01/94	מגדר : נ
נחמה 7/1 ירושלים 93121	גיל : 28Y 1M
טלפון : 02-6451705 052-7650781	
אבחנות CONTUSION OF BACK 922.3 CERVICALGIA [PAIN IN NECK] 723.1 SCOLIOSIS ASSOCIATED WITH OTHER CONDITIONS 737.43 הפניה בביקור - עמוד שדרה גבי, 2 מבטים (הפניה מס. 52524058) הפניה בביקור - עמוד שדרה צינרי, עד 2 מבטים (הפניה מס. 52524063) הפניה בביקור - טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח (הפניה מס. 52524376) 23.2.22 עוד יש כאבים בצוואר הגבלה בתנועה לפי כאבים סובל מכאבים בצוואר מזמן חבלה לא חוסר נאירווטקולרי כח גס מחושש והחזרים שמורים TREMNER HOFFMAN - שקילי דו-צדדי תנועות סיבוביות מוגבלות ממליץ CT צוואר	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 3 דפים



מרשם

מרפאת א.א.ג. ה"צ

בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, 02-5844111

שם החולה: שוב רות

גיל: 28 31248951-1

ת. כניסה לאשפוז: 21/02/2022

שנת לידה: 1994 מין: נקבה

מספר קבלה: 51314204001-1

שם האב: יעקב

כתובת: נחמה

ת. יציאה מאשפוז: 21/02/2022

טל': 02-6451705

ישוב: ירושלים

יחידה: אף אוזן גרון- מרפאה ה"צ

052-7650781

גורם מממן: קופח לאומית

טיפול תרופתי מומלץ:

הערות	למשך זמן	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת מתן	דרך מתן
	30 ימים	פעם ביום	2 Puff	Triamcinolone Steronase Aq, Steronase Aq) (0.055%		NASAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

שם תרופה: דר' בן יעקב אליק אברהם, רישיון מס' 29855

חתימת התרופה:
מזכרת למחלות
אף אוזן גרון ומנתח
מס' 29855

תאריך חפז: 21/02/2022 15:59

מעקב מרפאה מרפאת א.א.ג. ה"צ



בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, טל 02-5844111

שוב רות 31248951-1 גיל בקבלה: 28(1) תאריך ביקור: 21/02/2022



שנת לידה: 1994 מין: נקבה שם האב: יעקב מספר קבלה: 51314204001-1
כתובת: נחמה 7 טל': 02-6451705 יחידה: אף אוזן גרון- מרפאה ה"צ
ישוב: ירושלים סוג קבלה: יעד לשחרור: גורם מממן: קופת לאומית

בעיות ואבחנות

- 738.0 NASAL DEFORMITY ACQUIRED
- 802.0 FRACTURE OF NASAL BONES
- 784.91 POSTNASAL DRIP

סיבת הפניה

לדבריה לפני חודש חבלת אף, במהלך נסיעה באוטובוס, בדרך לעבודה נהג אוטובוס בלם באופן פתאומי, התנגשה בשמשת זכוכית של הדלת האחורית של האוטובוס, סבלה מסחרחורת, כאבי ראש וכאבי אף חזקים, מלווה בימום אפי בעיקר אחורי, מלווה בנפיחות ניכרת של האף.

נבדקה על ידי א.א.ג בקופת חולים- הופנתה אלקטיבית לתיקון שבר אף, צילום אף-הודגם שבר אף גרמי.

כעת קושי בנשימה אפית יותר בלילה. מלווה בליחה היוורדת באף לאחר בנוסף נחבלה בצוואר - מאז כאב ורגישות בצוואר

רקע

בריאה בדרך כלל

רגישויות

לא ידועה כל רגישות

בדיקה גופנית

בבדיקה-אף-רגישות ניכרת במישוש גשר האף הגרמי, ציר האף עם סטייה לשמאל, מחיצה סוטה לימין, ללא עדות להמטומה של המחיצה פה והלוע-ללא PND צילום אף-צדדי- רושם לשבר גרמי

מהלך וסיכום

בת 28(1) שנה,

חבלת אף מהתנגשות בזכוכית שמשה, עם רושם לשבר קליני-ישנה סטיית גשר האף לשמאל וסטיית מחיצה לימין מלווה ברגישות ניכרת במישוש אך עקב זמן רב שחלף מאירוע החבלה לבדיקה היום עבר יותר מחודש ולכן לא ניתן להחזיר שבר אף, כעת ישנה דפומאציה אפית עקב החבלה וקושי בנשימה לאור הממצאים תופנה בהמשך כלמור בעוד כ-6 חודשים, לתיקון אסתטי של האף + תיקון מחיצה

הנחיות בשחרור

1. נגד כאבים לפי צורך אקמול או אופטלגין
2. תרסיס אף סטראונאז 2 לחיצות פעם ביום למשך חודש
3. מעקב א.א.ג בעוד 3 חודשים

מספר הסיכום: 42793913 גירסה: 1 תאריך הדפסה: 21/02/2022 15:59 דף 1 מתוך 2

"מידע רפואי אישי" - מסמך זה מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת פרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה. לתשומת ליבך- כל ביקור במרפאה כרוך בהבאת התחייבות מקופת חולים או בתשלום עצמי

מעקב מרפאה

מרפאת א.א.ג. ה"צ



בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, טל 02-5844111

שוב רות

21/02/2022

תאריך ביקור:

גיל בקבלה: 28(1)

31248951- 1



טיפול תרופתי מומלץ - Recommended Medical Therapy

הערות	למשך זמן	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת מתן	דרך מתן
	30 ימים	פעם ביום	2 Puff	Triamcinolone (Steronase Aq, Steronase Aq 0.055%)		NASAL

רופא מאשר: דר' בן יעקב אליק אברהם, רשיון מס' 29855 ***נחתם אלקטרונית***

מספר הסיכום: 42793913 גירסה: 1 תאריך הדפסה: 21/02/2022 15:59 דף 2 מתוך 2

"מידע רפואי אישי" - מסמך זה מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת פרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה. לתשומת ליבך- כל ביקור במרפאה כרוך בהבאת התחייבות מקופת חולים או בתשלום עצמי

תאריך הדפסה : 20/02/22
שעת הדפסה : 17:22:33
דף : 1

ד"ר שלימוביץ מאשה

רפואת משפחה

מ.ר. : 21625

כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-31248951/1	שם :	שוב רות
ת.לידה :	19/01/1994	גיל בעת הביקור :	28Y 1M

תאריך ביקור: 20/02/22 שעת ביקור: 17:08
רופא/מטפל: 21625 שלימוביץ מאשה
סיבת ביקור: 1 מחלה

אתר: סניף הר חומה
תחום טיפול: רפואת משפחה
תיק רפואי: תמר

אבחנות:

F41.9 ANXIETY DISORDER, UNSPECIFIED
< CHRONIC >

תלונות:

מועמדת לניתוח באף אחרי שבר שקיבלה לפני כחודש. מתלוננת על חוסר שינה, סיבובי ראש, קוצר נשימה אינספירטורי.

בדיקה גופנית:

פה ולוע ללא דלקת גרון

ריאות נקיות

מרשמים:

ALPRALID 0.25 MG 30 TAB -09494

1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים), כמות: 30 (שלושים) יח' 0.25 (עשרים וחמש מאיות) MG כ

סיכום דיון והמלצות:

מחר יש תור לפרופ בן יעקב [א.א.ג.] בהר הצופים

הופק ע"י ד"ר שלימוביץ מאשה מ"ר: 21625

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות, ואינו ממצא את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה : 20/02/22
שעת הדפסה : 17:14:22
דף : 1



ד"ר שלימוביץ מאשה

רפואת משפחה

מ.ר. : 21625

כתובת : אביגור שאול 11 ירושלים

טלפון : 02-6453203

הדפסת ביקור למטופל

ת.ז. :	1-31248951/1	שם :	שוב רות
ת.לידה :	19/01/1994	גיל בעת הביקור :	28Y 0M

תאריך ביקור: 10/02/22 שעת ביקור: 16:41
רופא/מטפל...: 32905 ציון טלי מרטין
סיבת ביקור: 1 מחלה
אתר.....: סניף הר חומה
תחום טיפול: רפואת משפחה
תיק רפואי: תמר

אבחנות.....

=====

463 ACUTE TONSILLITIS

תלונות.....

=====

היום תפליט ו בלוטות לימפה מוגדלת ב צד ימין++
חום 37.8

תרופות.....

=====

AUGMENTIN 875 MG STRP 14T -76015
1 טבליה דרך הפה, 2 פעמים ביום (במשך 10 ימים), 20 יח'
IBUFEN 400 MG 50 CAP -07942
1 קפסולה דרך הפה, 3 פעמים ביום (במשך 3 ימים), 9 יח'

הופק ע"י ד"ר שלימוביץ מאשה מ"ר: 21625

המידע המוצג במסמך זה הינו חלקי, מטעמים של חיסיון רפואי והגנת הפרטיות,
ואינו ממצה את מלוא המידע הרפואי המצוי בתיק של המבוטח. אין במידע זה
כדי להוות ראיה בהליך משפטי ו/או מעין שיפוט ו/או כדי להוות בסיס לחוות דעת.

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***



ת.ז. מטופל 312489511

תאריך הדפסה: 21/02/2022 14:45:56

שם: רות שוב

SHUV RUTH

ג"מ: 2 קופח לאומית

אל: מספר יחידה מבצעת 210100 אף אוזן גרון- מרפאה ה"צ

אל: מספר יחידה רפואית מזמינה 210100 אף אוזן גרון- מרפאה ה"צ



51314204001-1-9



51314204001

מספר	קוד שירות	שם	כמות	ת. חיוב	אסמכתא	סכום	רופא	משמרת
00001	101	ביקור במרפאת א.א.ג.	0001	21/02/2022		158.00		
00002	101056	לרינגוסקופיה גמישה - פיבר-אופטיק	0001	21/02/2022		110.00		