

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

21.1.21

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

תצטרף -
דחל - דחל

לכבוד

מחלקת נכות כללית
המוסד לביטוח לאומי - תל אביב
באמצעות פקס: 03-6250324
ח.ג.

9.6.21

קא.מ. רח.

הנדון: אבי ברנשטיין, ת.ז. 39259379 גיש' סה"ס זמן אוצר
רפואית.

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות כללית בצירוף תיעוד רפואי רלוונטי. לרצונכם וליכולתם
2. אודה לעיונכם המסור ולזימון מרשי לועדה רפואית.

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

1

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות		מצב משפחתי	
ארי		הרשע		39259379		נש	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד		
36 הכרמ	31		7	תל אביב			
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:					
	0544504411	@					
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 בתעודת הזהות)							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד		

2

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש להשלים את הפרטים ולצרף אישורי שכר)

☒ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: <u>מחלה</u>					
☐ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____					
☐ אני ממשיך לעבוד					
פרטים על העבודה					
פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה)	תפקיד	מתאריך	עד תאריך	מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה	הכנסה (ברוטו)
שם _____					
טלפון: _____					
האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?					
☐ לא ☐ כן, מהמעסיק (צרף אישור) ☐ כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים)					
האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הוגית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד"?					
☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (צרף אישור)					

פרטים על הנכות – ממן את השער בן מתארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת אם אושפדת בבית חולים כגון המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- "V" במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפדת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☒ כן	☐ כן
2 הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ליקוי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור ☐ לא ☐ כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור ☐ לא ☐ כן		☐ כן	☐ כן
7 מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		☐ כן	☐ כן
8 מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☒ כן	☐ כן
9 מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		☐ כן	☐ כן
10 מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 מחלת לב		☐ כן	☐ כן
13 מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☒ כן	☐ כן
15 סכרת		☐ כן	☐ כן
16 סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 אחר		☐ כן	☐ כן
18 אחר		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):
☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☐ לא ☐ כן, תאריך תאונה: _____ - חובה לענות על שאלה זו
 האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב) ☐ לא ☐ כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך
 האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☐ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י ☐ הלשכה לשירותים חברתיים או ☐ התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/ שם היישוב:

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.
 חתימת התובע *

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה לתובע
066630930	חיה	גרינר	☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☒ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:
דואר אלקטרוני	טלפון להתקשרות	☒ יפוי כוח ☐ צו אפטרופוסות ☐ פסק דין ☐ אחר:	
@	03-7412358	אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק	
תאריך		חתימה	
21.1.21		*	

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטים רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
א.ר. גרין			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הבנק	603	603	662471
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.			
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.			
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 מושגי התשלומים.			
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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	חתימת תובע הקצבה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	קרבה לתובע
21.1.21	א.ר.	חיה	קרבה לתובע

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין 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 לקצבה 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.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום, שיחה המהווה חלופה לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד השיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות. אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה-השירות לעיוור במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

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.

☒ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע או מגיש התביעה *

תאריך

21.1.21

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
33	39259329	21/01/2021 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
דניאל	ארי	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

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

תאריך 21.1.21 חתימת התביעה *

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר חוב 39254379, מרחוב מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל
ת.ז. מס' 39254379, מרחוב מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל
בענין תאונה מיום 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 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 27 לחודש 1 שנה 27

חתימה: א"ר X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' 4510: 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה <u>ירנשטין</u>	שם פרטי <u>ארי'ל</u>	תעודת זהות <u>39257379</u>	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: _____
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: 21.1.27 עד לחתימה ומס' ת.ז. 6 חתימה: ארי'ל X

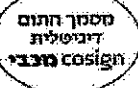
נציג אריאל פריינדל
מס' רשמי: 62254

פרופ' הרשקוביץ רמי
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



020085



התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

כתובת: סניף יד-אליהו, לה גרדיה 58, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ברנשטיין		שם פרטי: אבי		ת.ז.: 39259379	
ת.לדה: 11/08/1983		מין: ז		טלפון: 0544504411		טל.עבודה/נייד: 0559808811	
כתובת: דם המכבים 31/7, תל אביב - יפו		מיקוד: 6794711					

אישור רפואי

תלונות:

בטיפול כרופא המשפחה סובל מתסמונת פיברומיאלגיה חמורה הכרוכה בתשישות ועייפות קשה, בנוסף למיגרנה כרונית ומנטרלת וחשד למחלת מפרקית מסוג ספונדילי ארתרוזטי, כמו כן הפרעת קשב וריכוז חמורה הפוגעת באיכות חייו, בשל כאביו הקשים החל טיפול בקנאביס רפואי במינון של 40 מ"ג אינדיקה בהשפעה טובה אך לא מספקת ולכן זקוק להגברת מינון

אבחנה:

• FIBROMYALGIA

בעיות ידועות:

- MIGRAINE
- COPD (11/2015)
- FIBROMYALGIA
- TOBACCO USE DISORDER (16/11/2006)

תרופות קבועות:

FOSTER 100/6MCG 1X2X30
OXYCOD 50ML 2MG/ML 10X2X30
LYRICA 75MG X 56 1X2X28
LAMODEX 100MG X 30 1X1X90
VIEPAX XR 75MG X 30 1X1X30
BETAREN SR 100MG X 20 1X1X20
RELERT 40MG X 10 1X1X10
VENLAFAXINE XR 150MG X 30 1X1X30

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופות חולים, רופאים ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

22/12/2020

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

14.12.2020

שם: ברנשטיין אבי
ת.י: 03925937-9

משיחה בטלפון אני מבין שאינדוביס לא הועיל. נא לבסות במקומו קטפלים, 50 מ"ג פעמיים
ביום בליווי אומפרדקס.

מנת הקנאביס הרפואי שמקבל, 40 גרם, בקושי מספיקה לשבועיים. הטיפול בקנאביס
רפואי חיוני מאין כמותו. מאוד ממליץ על עליה במנה החודשית ל 60 גרם. צריך למלא
טבלת צריכה בנוסף לצורך בתדפיס מדע רפואי ומכתבי ותדפיס רכישת תרופות בקופ"ח
בשנה אחרונה.

בברכה,

עודד שינברג

ד"ר עודד שינברג
מומחה לראומטולוגיה ולרפואה פנימית
מנהל שירות ראומטולוגי, מ.ר. וולפסון
יועץ מחוזי בראומטולוגיה, מחוז ת"א-יפו, כללית
מ.ר. 14081 מ.ר. 13781 מ.ר. בראומטולוגיה 14081

Roni Sharon M.D.

Neurology, Pain & Headache Medicine
Nachniar 26 1st Floor, Tel Aviv, Israel
Tel: +972 52-313-4447
Fax: +1 877-500-1176
Email: ronisharon@netvision.net.il

ד"ר רוני שרון

נירולוגיה, כאב, וכאב ראש
נחמני 26 קומה 1 תל אביב ישראל
טל: 052-313-4447
פקס: 001-877-500-1176
אמיל: ronisharon@netvision.net.il

Name: Bernstein, Avi
DOB: 11/8/1983
ID: 039259379

Date: 04/12/2019

History and Present Illness:

36yo M with history as per below presenting with significant pain in his head, shoulders, neck, back, joints, knees. Headache is bitemporal and occipital. Photophobia, phonophobia, nausea and vomiting. He can wake up with headaches at times. With headaches 28/30 days a month. With these headaches for the past 5-6 years.

Patient had possible seizures as a child (absences) and was on Depalept in the past.

Also with significant neck pain and joint pain and back pain.

Suffering from depression. Doesn't sleep well. Doesn't exercise.

CTH negative. Iron 61 (U) B12 687 CRP 3.2 (US) 2/19

Past Medical History:

Epilepsy

Medications:

Rokacer Plus

Past Medications and Therapies:

Amitriptyline, Opiates, Acamol, Optalgin, Depalept, Ibuprofen

Social and Family History: Married no children. Part time deliveries. No family history of neurological disease

Allergies: No known drug allergies

Physical Examination:

I. Gen: Normal development

II. CV: Temporal arteries without tenderness or enlargement. Pulses present and symmetrical. No gross swelling or edema.

III. Neurological

Mental Status – Mentating well. Language, attention, concentration, memory grossly intact.

Cranial Nerves – Pupils round and reactive. Acuity grossly intact. Fields are full. Extraocular movements intact. Sensation symmetric. No facial weakness. Tongue midline. Palate raises symmetrically. Hearing grossly intact. Shoulder shrug normal.

Motor – Normal bulk and tone. Full strength throughout. No focal atrophy or significant tremor, spasticity.

Roni Sharon M.D.*Neurology, Pain & Headache Medicine*Nachmani 26 1st Floor, Tel Aviv, Israel

Tel: +972-52-313-4447

Fax: +1 877-500-1176

Email: roni.sharonmd@gmail.com**ד"ר רוני שרון**

נירולוגיה, כאב, וכאב ראש

נחמני 26 קומה 1 תל אביב ישראל

טל: 052-313-4447

פקס: 001-877-500-1176

אמייל: roni.sharonmd@gmail.com

Sensory – Symmetric to all modalities including touch, pin prick, vibration and proprioception.

Reflexes – 2+ and symmetrical throughout.

Coordination – Normal sensory to nose and heel to shin movements.

Gait – narrow, steady. Able to tandem.

Other physical findings noted:

Impression/Treatment Plan:**Chronic migraine****Fibromyalgia**

1. Trial of Venlafaxine 75mg once a day in the morning after food. If not effective after 4 weeks then would increase to 150mg once a day.
 - a. If that fails then would consider Lamotrigine. 25mg twice a day for 2 weeks then 50mg twice a day for 2 weeks then 75mg twice a day for 2 weeks then 100mg twice a day for 2 weeks.
2. Patient needs to move more and do exercise. Recommend yoga or swimming several times a week. At least 3 times a week for at least 30 minutes each time.
3. When he has a migraine attack he can try Relerit 40mg at onset of her migraine. If that doesn't work he can try Diclofenac 100mg at onset of his migraine.
4. Would avoid opiate therapy for him.
5. Follow up in 2-3 months or as needed

Roni Sharon M.D.

Board Certified Neurologist

Israeli license # 1-134608

Specialist license # 1-35096

Roni Sharon M.D.

Neurology, Pain & Headache Medicine

Nachmani 26 1st Floor, Tel Aviv, Israel

Tel: +972 52-313-4447

Fax: +1 877-500-1176

Email: ronisharonmd@gmail.com**ד"ר רוני שרון**

נירולוגיה, כאב, וכאב ראש

בחדמי 26 קומה 1 תל אביב ישראל

טל: 052-313-4447

פקס: 001-877-500-1176

אמייל: ronisharonmd@gmail.com

Social and Family History: Married no children. Part time deliveries. Grandparents had strokes including grandfather at age 60

Allergies: No known drug allergies

Physical Examination:

I. Gen: Normal development

II. CV: Temporal arteries without tenderness or enlargement. Pulses present and symmetrical. No gross swelling or edema.

III. Neurological

Mental Status – Mentating well. Language, attention, concentration, memory grossly intact.

Cranial Nerves – Pupils round and reactive. Acuity grossly intact. Fields are full. Extraocular movements intact. Sensation symmetric. No facial weakness. Tongue midline. Palate raises symmetrically. Hearing grossly intact. Shoulder shrug normal.

Motor – Normal bulk and tone. Full strength throughout. No focal atrophy or significant tremor, spasticity.

Sensory – Symmetric to all modalities including touch, pin prick, vibration and proprioception.

Reflexes – 2+ and symmetrical throughout.

Coordination – Normal sensory to nose and heel to shin movements.

Gait – narrow, steady. Able to tandem.

Impression/Treatment Plan:

Chronic migraine

Fibromyalgia

Patient is getting worse and is unable to function as a result of his pain.

1. Trial of Lyrica, 75mg twice a day and after a week he can take 75mg three times a day.
2. Would prefer he NOT take Percocet which is addictive and he can develop tolerance to. If anything then Oxycodone without the Paracetamol.
3. Would also recommend he check his TSH, B12, Lipid Panel, A1C, and do an echocardiogram and holter given family history.
4. If Lyrica does not work he will try medical marijuana since he has failed so many other medications.
5. Patient would like to try oxygen which I am not opposed to and he can go ahead and try.
6. 4-5 months follow up here

Roni Sharon M.D.

Board Certified Neurologist

Israeli license # 1-134608

Specialist license # 1-35096

ד"ר רוני שרון
מומחה נירולוג וכאב ראש
מ"ר 1-134068
האגודה 28 ת"א

Roni Sharon M.D.

Neurology, Pain & Headache Medicine
Nachmani 26 1st Floor, Tel Aviv, Israel
Tel: +972 52-313-4447
Fax: +1 877-500-1176
Email: ronisharonmd@gmail.com

ד"ר רוני שרון

ניורולוגיה, כאב, וכאב ראש
נחמני 26 קומה 1 תל אביב ישראל
טל: 052-313-4447
פקס: 001-877-500-1176
אמייל: ronisharonmd@gmail.com

Name: Bernstein, Avi

DOB: 11/8/1983

ID: 039259379

Date: 3/4/2020

3/4/2020

The patient returns for follow up with his wife. States he has more pain in his joints and feels generalized fatigue and malaise. The patient tried venlafaxine but had tolerability issues and then switched to lamodex which had similar findings. Venlafaxine caused vomiting and sexual problems. Lamodex caused nausea.

Feels like his immune system was deteriorating.

Relert did not touch him at all.

Patient has not worked for many months now. States he is unable to.

Percocet helps him sleep.

Does not feel he is depressed. Denies anxiety.

Unable to exercise

Wife also endorses memory issues which is affecting him. He also feels that his memory is not good.

Especially short term memory.

Also tried diclofenac which was not helpful for him. After all those medications he received

Percocet.

12/2019

30yr M with history of peribulbar palsy with significant pain in his head, shoulders, neck, back, joints, knees. Headaches frequent and recurrent. Headaches, photophobia, dizziness, vomiting. Recent weight gain with headaches at times. With headache 20/30 days a month. With severe exacerbation for the past 3-4 years.

Patient had multiple attempts at a child (abortion) and was on Lamictal in the past.

Allergic to significant neck pain and joint pain and back pain.

Suffering from migraines. Diagnosed with MS. Diagnosed with

CYT (negative). Iron 50 (11/3/12) 695. CRP 5.2 (6/8/2019).

Chronic migraines.

Fibromyalgia.

1. Patient on Venlafaxine 75mg twice a day for the morning after food. If not effective after 4 weeks, then would increase to 150mg twice a day.
2. If still not effective, then would consider Lamictal. 250mg twice a day for 2 weeks, then 500mg twice a day for 2 weeks, then 750mg twice a day for 2 weeks, then 1000mg twice a day for 2 weeks.
3. Patient needs to exercise more and do exercise. Recommended to do low impact exercise 3 times a week. Also try 1 hour of aerobic 3 times a week.
4. When he has a migraine attack, he can not take sleep as a result of his migraine. If this doesn't work, he can try Diclofenac 100mg at onset of his migraine.
5. Would avoid opiate (Vicodin) for him.
6. Follow up in 2-3 months or as needed.

Past Medical History:

Epilepsy

Fibromyalgia

Chronic migraine

Medications:

Percocet 10/325mg BID

Past Medications and Therapies:

Venlafaxine, Lamictal, Amitriptyline, Opiates, Acamol, Optalgin, Depalept, Ibufen, Rokacet Plus, relert, alternative therapies, diclofenac 100mg, Tramadex, Emla

ד"ר רוני שרון
מומחה ניורולוג וכאב ראש
טל: 052-313-4447
התאריך: 28.3.20

Roni Sharon M.D.

Neurology, Pain & Headache Medicine

Nachmani 26 1st Floor, Tel Aviv, Israel

Tel: +972 52-313-4447

Fax: +1 877-500-1176

Email: ronisharonmd@gmail.com

ד"ר רוני שרון

ניורולוגיה, כאב, וכאב ראש

נחמני 26 קומה 1 תל אביב ישראל

טל: 052-313-4447

פקס: 001-877-500-1176

אמייל: ronisharonmd@gmail.com

Name: Bernstein, Avi

Date: 10/6/2020

DOB: 11/8/1983

ID: 039259379

10/6/2020

The patient presents for follow up. Started cannabis. Helps significantly. No significant side effects. Eliminates pain and has virtually no headaches on cannabis. Flower T20C4.

Reports problems with his short term memory. Wakes up tired. Doesn't sleep well with multiple sleep interruptions. Wife does endorse snoring. Has gained 10kg over the past several months.

CHIEF COMPLAINT: The patient presents for follow up. Started cannabis. Helps significantly. No significant side effects. Eliminates pain and has virtually no headaches on cannabis. Flower T20C4. Reports problems with his short term memory. Wakes up tired. Doesn't sleep well with multiple sleep interruptions. Wife does endorse snoring. Has gained 10kg over the past several months.

HISTORY OF PRESENT ILLNESS: The patient presents for follow up. Started cannabis. Helps significantly. No significant side effects. Eliminates pain and has virtually no headaches on cannabis. Flower T20C4. Reports problems with his short term memory. Wakes up tired. Doesn't sleep well with multiple sleep interruptions. Wife does endorse snoring. Has gained 10kg over the past several months.

PAST MEDICAL HISTORY: Epilepsy, Fibromyalgia, Chronic migraine.

Past Medical History:

Epilepsy

Fibromyalgia

Chronic migraine

Medications:

Cannabis

Percocet 10/325mg BID

Past Medications and Therapies:

Venlafaxine, Lamictal, Amitriptyline, Opiates, Acamol, Optalgin, Depalept, Ibufen, Rokacet Plus, relert, alternative therapies, diclofenac 100mg, Tramadex, Emla, Lyrica

Social and Family History: Married no children. Part time deliveries. Grandparents had strokes including grandfather at age 60

ד"ר רוני שרון
מומחה לניורולוגיה וכאב
מ/ר 1-1380687
האגודה 28 ת"א

Roni Sharon M.D.

Neurology, Pain & Headache Medicine
Nachmani 26 1st Floor Tel Aviv, Israel
Tel: +972 52-313-4447
Fax: +1 877-500-1176
Email: ronisharonmd@gmail.com

ד"ר רוני שרון

ניורולוגיה, כאב, וכאב ראש
נחמני 26 קומה 1 תל אביב ישראל
טל: 052-313-4447
פקס: 001-877-500-1176
אמייל: ronisharonmd@gmail.com

Allergies: No known drug allergies

Physical Examination:

- I. Gen: Normal development
- II. CV: Temporal arteries without tenderness or enlargement. Pulses present and symmetrical. No gross swelling or edema.
- III. Neurological
Mental Status – Mentating well. Language, attention, concentration, memory grossly intact.
Cranial Nerves – Pupils round and reactive. Acuity grossly intact. Fields are full. Extraocular movements intact. Sensation symmetric. No facial weakness. Tongue midline. Palate raises symmetrically. Hearing grossly intact. Shoulder shrug normal.
Motor – Normal bulk and tone. Full strength throughout. No focal atrophy or significant tremor, spasticity.
Sensory – Symmetric to all modalities including touch, pin prick, vibration and proprioception.
Reflexes – 2+ and symmetrical throughout.
Coordination – Normal sensory to nose and heel to shin movements.
Gait – narrow, steady. Able to tandem.

Impression/Treatment Plan:

Chronic migraine

Fibromyalgia

Dramatically improved on cannabis but 20gm only last one week.

1. Cannabis – Increase to 30gm flower for now.
2. Exercise – try to exercise at least 3 times a week for at least 30 minutes each time. This will help with his memory
3. Recommend sleep study – Polysomnogram
4. Weight loss
5. Follow up in 6 months

Roni Sharon M.D.

Board Certified Neurologist
Israeli license # 1-134608
Specialist license # 1-35096

ד"ר רוני שרון
מומחה ניורולוג וכאב ראש
מ.י. 1-134608
הארבעה 28 ת"א

שם הבדוק: roni sharon
תאריך המבדק: Dec 14, 2020
מספר מזהה: 039259379
קוד מבדק: 1495238

שם הנבדק/ת: אבי ברנשטיין
קוד הנבדק/ת: 1495235
מין: M גיל הנבדק: 37
תרופה: ללא
תאריך לידה: Aug 11, 1983

טבלת השוואה לנורמה (ציון תקן)

מקרא	H	I	T	A	
1 ביצוע טוב - מעל הנורמה					1
2 ביצוע סטנדרטי- ממוצע הנורמה					2
3 ביצוע גבול- טווח נרמה נמוך					3
4 קושי בביצוע- מתחת לטווח הנורמה					4

טבלת חומרה	קשיות	תזמון	אימפולסיביות	תגובתיות-יתר
רמת חומרה גבוהה מעידה על קושי גבוה				
1 חומרה נמוכה				
2 חומרה בינונית				
3 חומרה גבוהה				
4 חומרה קיצונית				

מידע כללי
A - קשיות היכולת להגיב נכון ולהישאר מרוכז
T - תזמון היכולת להגיב באופן מדויק ומהיר
I - אימפולסיביות נטייה להגיב בפזיזות, לפני הערכת המצב
H - תגובתיות-יתר קושי בויסות של תגובות מוטוריות

תוצאות הפרופיל של הנבדק:

- קשיות:** הביצוע חריג מטווח הממוצע, רמת חומרה 4
תזמון: הביצוע חריג מטווח הממוצע, רמת חומרה 4
אימפולסיביות: הביצוע חריג מטווח הממוצע, רמת חומרה 4
תגובתיות-יתר: הביצוע חריג מטווח הממוצע, רמת חומרה 4

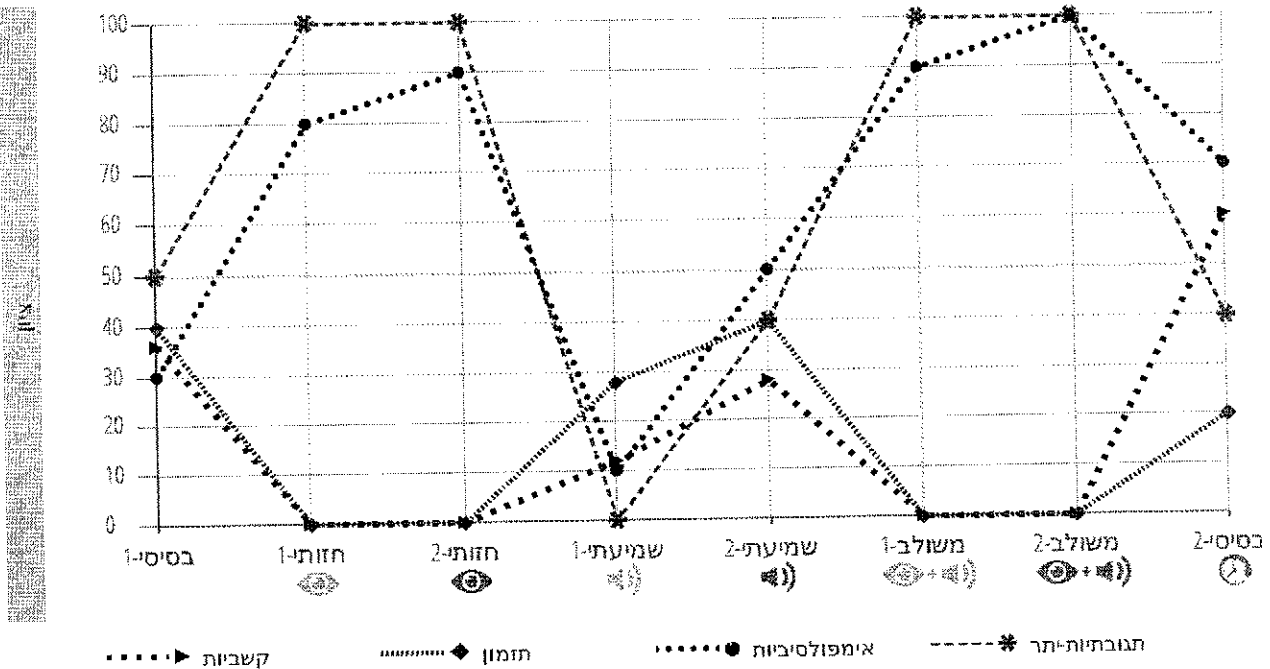
ממצאי התצפית:

Patient performed severely below in
Attentiveness(1)
Impulsiveness(2)
Timeliness(3)
Hyper-Reactivity(4)

- חסוי רפואי -

שם הנבדק/ת: אבי ברנשטיין קוד מבדק: 1495238

השפעות זמן ומסיחים ביצוע אינדיבידואלי



מקרא			
שלב המבדק	אופנת מסיח	עומס מסיח	שלב בסיסי
בסיסי-1	ללא	ללא	שלב בסיסי
חזות-1	חזותית	נמוך	ביצוע תחת מסיחים חזותיים
חזות-2	חזותית	גבוה	
שמיעתי-1	שמיעתית	נמוך	ביצוע תחת מסיחים שמיעתיים
שמיעתי-2	שמיעתית	גבוה	
משולב-1	חזותית ושמיעתית	נמוך	ביצוע תחת עומס קוגניטיבי גבוה
משולב-2	חזותית ושמיעתית	גבוה	
בסיסי-2	ללא	ללא	ביצוע לאורך זמן

חסי רפואי -

כתב ויתור

פודק ה-100 השמיעה הכלי הערבה בחיפוש האבחון. מדון חינוכית המופקת והנעיל כל מודד עיל העיניים יחסי אף נען אינן חתומים מוסמך. עוזרי כל חשד, תחלטה עליו לא תהא המבדק. ייתכן אופן אין לעשות שימוש במבדק בכלי אחרים. נא לשמור על פרטיות המידע.

סיכום:

Diagnosis: ADHD - Mixed type - Severe

The patient suffers from severe mixed type ADHD, suffering from both inattentive and hyperactive characteristics. The patient would benefit from pharmacotherapy for ADHD.
Would recommend stimulant therapy such as Ritalin LA, Concerta, Vyvanse, or Attent XR which may be significantly helpful for the patient

:Recommendation

Trial of Ritalin LA 30mg for 5 days, then Ritalin LA 40mg once a day for 5 days, then Ritalin LA 50mg once a day for 5 days. Take in the morning after food. After, he can see (1) which dose was more effective for him

.If not effective or he has significant side effects he can try: Attent 10mg for 5 days then Attent 20mg for 5 days and see if that is better. Take in the morning after food (2)

חתימה:

שם המתכנת: ד"ר רובי שרון

ד"ר רובי שרון
מספר רישוי: 13400
מזה: 1-13400
תאריך: 28/11/2017

- חסוי רפואי -

כתב יותר

התוכן אינו מהווה חוות דעת או המלצה של Neuro-Tech Solutions, Ltd. והוא אינו מהווה חלק מהטיפול. המטופל חייב להתייעץ עם רופאו לגבי טיפול מתאים. Neuro-Tech Solutions, Ltd. אינה אחראית על נזק או פגיעה כלשהי.

ד"ר צודד סימרה
מומחה לראומטולוגיה ולרפואה פנימית
רחוב אורי צבי גרינברג 13
תל-אביב 6937919
טלפון: 050-7265227

30.10.2020

דוח רפואי

לכבוד:

רופא משפחה, מומחה לרפואה פנימית, פרופ. רמי הרשקוביץ
מכבי שירותי בריאות

ד.ג.

שם משפחה, פרטי: ברנשטיין אבי
ת.י.: 03925937-9
טל': 055-9808811
דוא"ל: mayabmarkus@gmail.com
כתובת: דם המכבים 31/7 תל אביב

גיל: 37

מצב משפחתי: נשוי
יליד, מוצא: הארץ, מוצא מעורב

אלרגיה:
צריבה, גרד, אודם בעונות המעבר; ? הגורם

עישון:
סיגריות: בעבר 2 חפיסות ליום במשך 7 שנים, אח"כ חפיסה ליום במשך 3 שנים ואח"כ
סיגריות בודדות ביום במשך שנים רבות
קנאביס רפואי: 40 גרם בחודש, T20C4 אינדיקה, מזה שנה
אלכוהול:
לא

תזונה:
מגוונת
צריכת נוזלים:
מספקת

משקל, גובה:

96 ק"ג

174 ס"מ

היסטוריה רפואית משפחתית:

? הורים? סבים: אירוע מוחי. אחד מהם בגיל 60

סבתא מצד האם: סרטן כלשהו

אין היסטוריה משפחתית של: דלקת מפרקים, פסוריאזיס, מחלה דלקתית של המעינים

ויטמינים, תוספי תזונה:

לא

תרופות קבועות:

משאף פוסטר, פעמיים ביום מזה שבועיים

אוקסיקוד בנוזל, 2 מ"ג למ"מ, 10 מ"ל פעמיים ביום מזה כשנה

תכשירים אחרים:

כאמור קנאביס רפואי, מקל חלקית על כאב, מדכא בחילה שנגרמת ע"י תרופה ועוזר לשינה.

תרופות בעבר:

אקמול

אופטלגין

רוקסט פלוס

טרמדקס

פרקסט

בטרן

ליריקה

רילרט

אמיטריפטילין

ויפקס XR

דפלפט בילדות

למיקטל

ברוב התרופות השתמש רק בין 4-8 שבועות שכן לא עזרו וחלקם גרמו לתופעות לוואי.

אלו הזכורות לו:

אוקסיקוד שכאמור נוטל, גורם לבחילה, עייפות נוראית וישנוניות יומית

קנאביס מגביר את התיאבון

פרקסט עזר, אך גרם לבחילות קשות ולעייפות קשה

למיקטל גרם לבחילות

ויפקס גרם ליובש בפה, בחילות והקאות, אובדן ליבידו

היסטוריה רפואית:

אפילפסיה שהתבטאה בניתוקים בגילאים 6-10, טופל בדפלט עד גיל 7. הבעיה חלפה.

אסטמה מזה כ-10 שנים, אבחנה נקבעה רק לאחרונה. מתבטאת ב: שיעול טורדני כולל במהלך הלילה מזה שנים, קוצר נשימה במאמץ, צפצופים סוף אקספירטוריים, ממצאי מחלת ריאות חסימתית הפיכה בבדיקת תפקודי ריאות.

כאבים כלל גופניים וכאב ראש מזה 5-6 שנים. אובחן כמיגרנה כרונית. המיגרנה כרוכה ברגישות יתר לאור ולרעש ובחילות. בשלוש שנים אחרונות כאבי הראש הפכו יום יומיים. כאב הראש עולה מהעורף ומתפשט גלובלית. רוב הכאב מרוכז בעורף.

ביקצה בבוקר חולפות שעתיים ואף הרבה יותר עד שהכאבים הכלל גופניים משתפרים. בעיקר מעורבים בכאב: היבט אחורי של הצוואר, חגורת הכתפיים, שכמות, בית החזה וזרועות, גב תחתון, אגן, ירך שמאלית, שורשי כפות ידיים ואצבעות ידיים ימין יותר משמאל. לעיתים מעט האגודלים.

כל חייו סובל מקשיי ריכוז קשים מאוד. מעולם לא בוצעה בדיקת קשב וריכוז. אינו נוהג כי לא היה מסוגל לעבור מבחני תאוריה.

מאז גיל 16 עד לפני כשנתיים עבד בעבודות פיזיות קשות ביותר, למשל הקמת גדרות על הגבול ושיפוצים. מפאת מחלותיו נאלץ להפסיק ועבד במשך תקופה בשליחויות 1-2 שעות ביום ולא יכל מעבר לכך ובהמשך גם בזה לא עמד מבחינה פיזית. הפך חשוש מאוד, חסר אנרגיה לחלוטין בנוסף לכאב. לפיכך אינו עובד מזה שנה ומספר חודשים. כל פעילות מינימלית מביאה לתשישות נוראה ומהירה, חש כאילו רץ מרתון. מאז שמשתמש במשאף לאסטמה, אינו מתעורר יותר בלילה מפאת שיעול ולמרות זאת אין שיפור באנרגיה. בשנה האחרונה אינו מסוגל להרים בקבוק, מרגיש כאילו מרים 100 ק"ג. לעיתים קרובות הידיים נרדמות. בעת שלוחץ על המעצור באופניים היד נרדמת. ביקצה בבוקר כל הגוף מאובן, תחושת המאובנות חולפת רק בצהריים. יוצא מהמיטה ב-8 בבוקר אבל רק ב-12 מרגיש חופשיות יחסית. ביקצה בבוקר כאבים עזים, הכי קשים מכלל היממה, עוצמה של 9 על סקאלה של 1-10. בשעות הצהריים פוחת לכ-4 ובערב עולה ל-7-8. הכאב הכלל גופני מקשה על ההירדמות אך לא כל כך מעיר משינה. מאידך כאב הראש כן מעיר משינה.

מעיד על תופעה של קליקים רבים, בעיקר בצוואר ובידיים. לאחרונה הופיעו כאבים בשכמות ובהיבט אחורי של הצוואר המקרין גם להיבט הקדמי של הצוואר. סמוך להתייצגות בלוטות לימפה בצוואר היו נפוחות. יצויין שמחזיק בבית שני כלבים.

מצטנן מאוד בקלות וקשה. ללא קשר לעונה רעידות קור התקפיות נוראיות שיכולות להימשך יום ומחייבות מקלחת חמה.

אין תסמינים עקביים מצד דרכי עיכול או השתן.

CT מוח עם חומר ניגוד שבוצע ב 09/2019 היה תקין.
 בדיקת נירחולוג, ד"ר מיכאל מורדכוביץ ב 05/2020 הייתה תקינה.
 בבדיקת שינה בייחית שבוצעה ב 07.2020, טרם התחלת טיפול באסטמה, לא היו ממצאים של דום נשימה בשינה.

בבדיקה גופנית:

צוואר: טווח תנועה מלא וחופשי
 כתפיים: שיא הרוטציות מוגבל כרוך בכאב
 מתיחת מרפקים מביאה לכאב לאורך גפיים עליונות
 יש רגישות כללית של רקמות רכות
 יש רגישות של גידים רבים וכנראה חיבורים (אנטוזות) לאורך הגפיים כולל אזורים טרניים
 דו צדדיים, למעט ירכיים.
 יש רגישות של מפרקי ה MCP הראשונים
 יש רגישות של חלק ממפרקי ה PIP בידיים

במעבדה:

ידוע על CRP גבוה מזה שנים

הערכה:

- תסמונת פיברומיאלגיה הכרוכה בעייפות ותשישות נוראיים
- מיגרנה כרונית
- חשד בסבירות גבוהה למחלה ראומטית דלקתית פעילה כרונית מסוג ספונדיל ארטרופטי
- הפרעה, כנראה מאוד קשה, של קשב וריכוז

המלצות:

- אינו כשיר לעבודה, כל סוג של עבודה, בינתיים לשנה.
- נא להפנותו לפסיכולוג להערכת קשב וריכוז
- נא לנסות במשך כ 8 ימים תכשיר נוגד דלקת שאינו סטרואידלי מסוג אינדוביס, טבליות של 25 מ"ג, 50 מ"ג פעמיים ביום מיד לאחר האוכל בליווי אומפרדקס, טבליה של 20 מ"ג פעם ביום חצי שעה לפני ארוחת הבוקר.
- אם הניסיון הטיפולי באינדוביס לא יצלח, אזי נא להעריך השפעת פרדניזון במשך כ 8 ימים, טבליות של 5 מ"ג, 10 מ"ג פעמיים ביום לאחר האוכל בליווי האומפרדקס ולהתרשם מההשפעה.
- נא להזמין צילומי רנטגן של עמוד שדרה גבי-מותני-סקרלי, קדמיים וצדדיים וצילומים אלכסוניים של מפרקים סקרו איליאקליים בהתחקות אחר סימני ספונדיל-יטיס וסקרו אילא-יטיס ונא להעביר לעיוני את הדיסק.
- בדיקות מעבדה דרושות בטבלה שלעיל:

* E.S.R:			
* C.R.P:			
* C.B.C:			

* DETAILED BLOOD BIOCHEMISTRY PANEL			
* HEMOGLOBIN A1C			
* EGFR			
* T.S.H:			
* F.T4:			
* 25 OH VITAMIN D:			
* P.T.H:			
* IRON:			
* TRANSFERRIN:			
* TRANSFERRIN SATURATION:			
* FERRITIN:			
* VITAMIN B12:			
* FOLIC ACID:			
* G-6PD:			
* URINE ANALYSIS:			
* PT-INR:			
* APTT:			
* IMMUNOGLOBULINS:			
* SERUM PROTEIN ELECTROPHORESIS:			
* SERUM FOR FREE LIGHT CHAINS:			
* HEPATITIS B SURFACE ANTIGEN:			
* HEPATITIS B SURFACE ANTIBODY:			
* HEPATITIS B CORE ANTIBODY: TOTAL:			
* HEPATITIS C ANTIBODY:			
* CELIAC SCREEN: OR			
* ANTI TRANS GLUTAMINASE A:			
* ANTI ENDOMYSIAL IGA:			
* C3:			
* C4:			
* RHEUMATOID FACTOR:			
* ANA:			

*ANTI D.S. DNA:			
*ANTI SMITH:			
*ANTI RNP:			
*ANTI SSA:			
*ANTI SSB:			
*ANTI CENTROMER:			
*ANTI SCL 70:			
*ANTI JO 1:			
*A.N.C.A-C:			
*A.N.C.A-P:			
*ANTI CARDIOLIPIN-IGG:			
*ANTI CARDIOLIPIN-IGM:			
*ANTI CARDIOLIPIN-IGA:			
*ANTI BETA 2 GLYCOPROTEIN 1-IGG:			
*ANTI BETA 2 GLYCOPROTEIN 1-IGM:			
*ANTI BETA 2 GLYCOPROTEIN 1-IGA:			
*HLA B 27:			

- אחוזי נכות מומלצים לפי ספר ליקויים של המוסד לביטוח לאומי:
- תסמונת פיברומיאלגיה הכרוכה בעייפות ותשישות נוראיים: 35 (1), בין ד' ל' ה' דהיינו 40% מותאם
 - מיגרנה כרונית: _____
 - חשד בסבירות גבוהה למחלה ראומטית דלקתית פעילה כרונית מסוג ספונדיל ארטרופטי: 35 (1), (ד'): 30%
 - הפרעה, כנראה מאוד קשה, של קשב וריכוז: _____

ד"ר עודד שינברג
 מומחה לראומטולוגיה ולרפואת פנימית
 מנהל שירות ראומטולוגי, מ.ר. וולפסון
 יועץ מחוזי בראומטולוגיה, מחוז ת"א-יפו, כללית
 מ.ר. 16644 מ.ר.מ. 13781 מ.ר.מ. בראומטולוגיה 14082

בתודה ובכבוד רב,
 3318 שינברג
 ד"ר עודד שינברג

מ.ר גורם מפנה



020085

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign

פרופ' הרשקוביץ רמי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

כתובת: סניף יד-אליהו, לה גרדיה 58, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ברנשטיין		שם פרטי: אבי		ת.ז.: 39259379	
ת.לדה: 11/08/1983		מ.י.נ: ז		טלפון: 0544504411		טל.עבודה/נייד: 0559808811	
כתובת: דם המכבים 31/7, תל אביב - יפו		מיקוד: 6794711					

אישור רפואי

מיועד ל: ביטוח הלאומי

תלונות:

בטיפול כרופא המשפחה סובל מתסמונת פיברומיאלגיה חמורה הכרוכה בתשישות ועייפות קשה, בנוסף למיגרנה כרונית ומנטרלת וחשד למחלת מפרקית מסוג ספונדיליז ארתרופטי, כמו כן הפרעת קשב וריכוז חמורה הפוגעת באיכות חייו, בשל כאביו הקשים החל טיפול בקנאביס רפואי במינון של 40 מ"ג אינדיקה אך זקוק להגברת מינון על רקע מצבו הבריאותי והנפשי אינו כשיר לכל סוג של עבודה

אבחנה:

- ATTENTION DEFICIT DISORDER
- FIBROMYALGIA

בעיות ידועות:

- MIGRAINE
- ATTENTION DEFICIT DISORDER Severe (12/2020)
- COPD (11/2015)
- FIBROMYALGIA
- TOBACCO USE DISORDER (16/11/2006)

תרופות קבועות:

FOSTER 100/6MCG 1X2X30
 OXYCOD 50ML 2MG/ML 10X2X30
 LYRICA 75MG X 56 1X2X28
 LAMODEX 100MG X 30 1X1X90
 VIEPAX XR 75MG X 30 1X1X30
 BETAREN SR 100MG X 20 1X1X20
 RELERT 40MG X 10 1X1X10
 VENLAFAXINE XR 150MG X 30 1X1X30

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים.
 קופת חולים. רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפני הוריו או אפוטרופסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

22/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מ.ר. גורם מפנה



020085

פרופ' הרשקוביץ רמי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-6307222

פקס: 037178244

כתובת: סניף יד-אליהו, לה גרדיה 58, ת"א

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ברנשטיין		שם פרטי: אבי		ת.ז.: 39259379	
ת.לידה: 11/08/1983		מין: ז		טלפון: 0544504411		טל.עבודה/נייד: 0559808811	
כתובת: עמק איילון 15/2, תל אביב - יפו		מיקוד: 6722418					



0039259379

אישור רפואי**תלונות:**

סובל מכאבי ראש מידי יום מזה שנתיים. לפני כן היו כאבי ראש כפעם בחודש. בנוסף, בשנה האחרונה חש גיתוקים, מדברים איתו והוא לא שומע, ללא אובדן הכרה לדבריו, נמשכים עד 15 שניות. לדבריו בילדותו סבל מאפילפסיה שהתבטאה בגיתוקים, טופל בדפלט עד גיל 7. מאז ללא התקפים אפילפטיים בהמשך לביקורו השלים בדיקת EEG ו CT מח שהיו ללא ממצא, בשל כאביו המיגרנוטיים פנה ג' לד"ר רוני שרון אשר המליץ על טיפול בויאפקס ולמיקטל 8/3 להערכת הנורולוג מדובר בפיברמיאלגיה ומיגרנה כרונית, כל ניסיונות הטיפול עד כה ללא הטבה

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS

בעיות ידועות:

- COPD (11/2015)
- TOBACCO USE DISORDER (16/11/2006)

תרופות קבועות:

OXYCOD 50ML 2MG/ML 10X2X30
LYRICA 75MG X 56 1X2X28
LAMODEX 100MG X 30 1X1X90
VIEPAX XR 75MG X 30 1X1X30
BETAREN SR 100MG X 20 1X1X20
RELERT 40MG X 10 1X1X10
VENLAFAXINE XR 150MG X 30 1X1X30
FOLIC ACID MAC 5MG X 30 1X1X90

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמן של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחראים אינם אחראים לאמינות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הריו או אפוטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

31/03/2020

חתימה וחזותמת הרופא

תאריך



013764

טלפון: 03-7614002

פקס: 03-7178220

כתובת: אלון זאול 96, תל אביב-יפו (בנין B לומדי 5)

פרטי הנבדק	שם משפחה: ברנשטיין	שם פרטי: אבי	ת.ז.: 39259379
ת.לידה: 11/08/1983	מ.י.נ.:	טלפון: 0544504411	טל. עבודה/נייד: 0559808811
כתובת: עמק אילון 15/2, תל אביב-יפו	מיקוד: 6722418		

תשובת ייעוץ

לכבוד:

פרופ' הרשקוביץ רמי

בבדיקה שנעשתה ב: 11/10/2020

עקב שיעול חודשי מזה שנים, כולל אמצע הלילה, קוצר נשימה בלילה, מעט קוצרים

ממנאם ללא מצוקה נשימתית, ראות - צפופים סוף אקסילטורים

ספירומטריה - הפחתה קלה בשיעור החרימה, FVC-75%, FEV1-73%, שיפור של 18% לאחר וסגולי FEV1-85%, FVC-81%

SPIROMETRY-INTERPRETATION

סיכונים:

דין ואבחנה מבדלת:

מחלת ראות מסיבתית הפיכה

• ASTHMA

אבחנה:

FCSTER 100-SMCG - (למשך 30 ימים) 1 X 2

נייפוד/שנייה:

סיכום והמלצות: משאף פוסטר היקש ראשון פעמיים ביום לאחר מכן 1 ביום

11/10/2020

תאריך

ד"ר סתיו דוד
מנהל מחלקת מחלות ראה
מכבי שירותי בריאות

Pulmonary Function Test Results

Visit date 11/10/2020

Patient code 39259379

Age 37

Surname Berenshtein

Gender Male

Name Avi

Height, cm 174

Date of birth 11/08/1983

Weight, kg 96

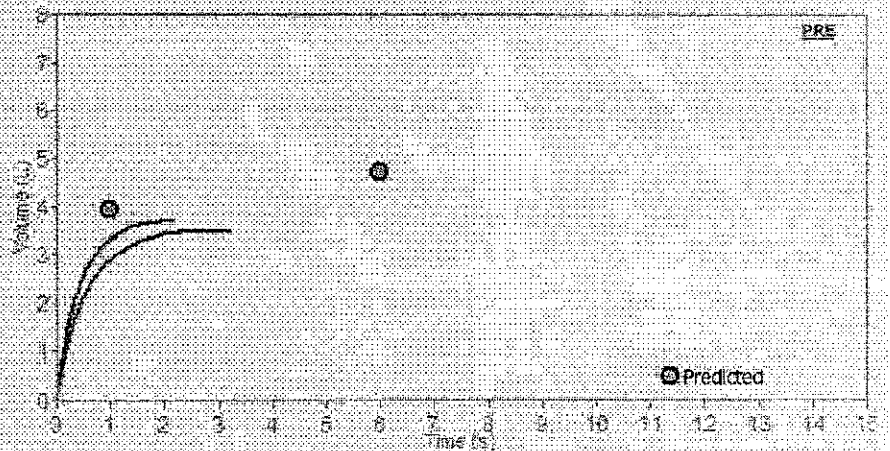
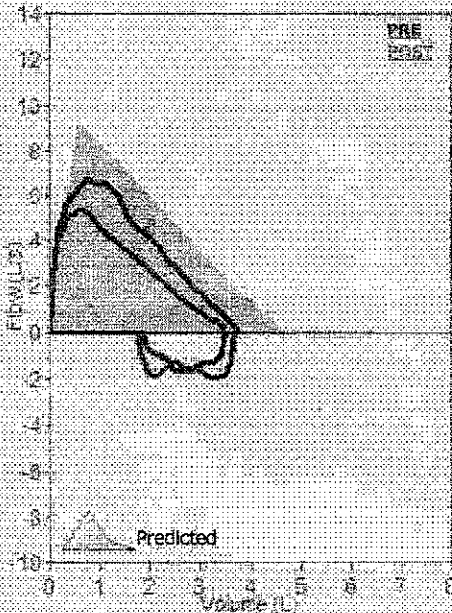
Ethnic group Caucasian

BMI 31.71

Smoke

Pack-Year

Patient group



Quality Control Grade: D

1 Acceptable trials

Interpretation

Mild Obstruction

Significant Bronchodil. (FEV1 $\geq$ 80%Pred.)

PRE Trial date 11/10/2020 14:21:47

POST Bronchodilation with Salbutamol - 14:38:51

Parameters	LLN	Pred	Best	%Pred	Z-score	PRE # 1	PRE # 2	PRE # 3	POST	%Pred	%Chg
FVC	L	3.72	4.72	3.52*	75	-1.96	3.52		3.84*	81	9
FEV1	L	3.08	3.92	2.88*	73	-2.04	2.88		3.34*	85	16
FEV1/FVC	%	68.8	80.6	81.8*	102	0.17	81.8		87.0*	108	6
PEF	L/s	7.25	9.24	5.40*	58	-3.18	5.40		6.75*	73	25
ELA	Years		37	73	197		73		57	154	-22
FEF25/75	L/s	2.77	4.48	2.78	62	-1.64	2.78		3.83	85	38
FET	s		6.00	3.22	54		3.22		2.16	36	-33
FVC	L	3.72	4.72								
FEV1/FVC	%	68.8	80.6								

*Best values from all loops - BTPS 1.097 24 °C (75.2 °F) - Predicted ERS (ECCS) / Knudsen

Conclusion / Medical report

Signature

Instrument used

Minispir II S/N C09159

Last calibration check 18/03/2020 08:41:35