

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
317636199	כרם		
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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 2.3.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' רשיון: 12254 _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מכירת 31.7.20 מרחוב,
ת.ז. מס' _____, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 14.7.20
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 הכת, 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 2 7 לחודש 3 שנה 2

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריימן
מס' רשמי: 52254
עורך דין

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים	
יחידה	תחנת רמלה שפלה
תאריך	16/07/2020 כ"ד תמוז תש"פ 12:53
מס' תיק מסוף	3 - 2020 - 4666 - 5220
טלפון	
כתובת	הרצל 80, רמלה
נושא המסמך	
מספר תיק פלא	2020 / 425496
סיווג תיק	ת.ד. כללי
מס' מסמך בתיק	א פקס

לכל המעוניין	
1. תאריך התאונה:	14/07/2020 בשעה 19:10
2. מקום התאונה:	רמלה א.ו. לוי בכביש עירוני
הערות מקום:	
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:	

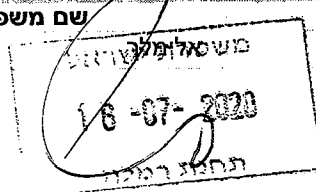
פרטי הרכב:	
מספר רכב	סוג רכב
4501655	פורד גרמניה
פרטי נוסעים	חברת ביטוח
שלמה "סיקסט"	מספר פוליסה
11035172942000	סוג לוחית
ישראלית	מעורבים ברכב:
שם	ת.ז.
אברהם אבדורכמנוב	317636199
קופ"ח / בית חולים	שיוך המעורב
ט.ר.מ.	נהג
כתובת	רמלה, בוגנים אהרון 12
שנת לידה	חומרת הפגיעה
08/08/1979	

פרטי הרכב:	
מספר רכב	סוג רכב
4626255	ב.מ.ו. ארה"ב
פרטי נוסעים	חברת ביטוח
מנורה	מספר פוליסה
0433208321191	סוג לוחית
ישראלית	מעורבים ברכב:
שם	ת.ז.
נוגה זרדב	32138224
קופ"ח / בית חולים	שיוך המעורב
כתובת	נהג
אחיסמך, הגפן 64	שנת לידה
25/01/1975	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 1
מצב התיק: בחקירה
מתאריך: 16/07/2020

פרטי המטפל בתיק	
מ"א	שם משפחה
471763	אלימלך
שם פרטי	סימני

פרטי השוטף המוסר	
מ"א	דרגה
471763	רב נגד
שם פרטי	שם משפחה
סימני	



יש להצטייד בתעודות זהות מקוריות של בעל הרכב ושל מיופה הכוח

בהתאם לתקנות החעבורה אין חובה לשאת רישיון רכב ורישיון נהיגה בעת נסיעה עם זאת, חלה חובה לשאת תעודת זהות רשמית ומסמכים נוספים, כגון ביטוח, התביעות רכביות וכל מסמך אחר המחויב על-ידי חוק



רישיון רכב

מספר רכב		4626255	
סוג		M1 פרטי נוסעים	
בתוקף עד		19/07/2021	
מספר זהות		03213822-4	
תאריך בעלות		20/07/17	
בעלים קודמים		00	
מספר שילדה		WBAXX1103H0W09154	
תוצר מנוע ב מ ו		1	
דגם מנוע		B47D20A	
מספר מנוע		63529897	
צבע לבן		4X4	
תועה		4X4	
רישיון נהיגה מתאים		B	
תאריך הדפסה		09/05/20	
מספר ליד הנחג		1	
נפח		1995	
מועד עליה לכביש		07/2017	
מקומות ישיבה למעט הנהג		5	
סוג דלק		דיזל טורבו	
צמיג קדמי		245/50R18 100 W	
צמיג אחרי		245/50R18 100 W	
מספר כלי		2335	
מספר מזהה		2335	

רמת אבזור בטיחותי 1

דרגת זיהום אויר-מופחת זיהום
מאז/על/הואר דוד המלך
מספרים נוספים
0581022 301-112
780214 0462625521 6003108
מחלקל מנומי

תוצר ב מ ו ארה"ב		XX11	
כפי מסחרי		X4 XDRIVE 20D	
מספר רכב פנאי-שטח		7	
קבוצת רשמי		SPORT	
קוד	חלון זכוכית	חלון זכוכית	חלון זכוכית
00722-0215	16-0612	ק	ק
ABS	אם	אם	אם
ק	ק	ק	ק
6	6	6	6
המפק (כ"ס)	מקור	מקור	מקור
190.00	כן	כן	כן

תנאים הבלות ומידע נוסף
שעבוד לבנק לאומי לישראל
פטור מנשיאת גלגל חילוף

0670 0007

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

12.21

מחזור

3-11-70

105
4X2

0900 DTG

בני סטור

FOCUS

צ"ל

A close-up photograph of a rectangular evidence tag. The tag is tilted and has a date stamp '10-06-2020' in the center. In the bottom right corner, the number '230' is handwritten. The tag is attached to a dark, textured surface.

631313657

פטור

כפל

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמלה במבחן כשירות תנועה (מסס) !
 על פי חוקי תל אביב, תשלום האגרה והעמלה הוא חובה לכל הנהגים ורכבי שימוש במועד
 מידע על זכאות לפטור מאגרת רישיון: 052-5678100. תשלום האגרה והעמלה הוא חובה לכל הנהגים ורכבי שימוש במועד
 *5678100

מידוש הישגין רכב הודעת זיכוי

4501655-21-3

52014

1967

4501655-21-3

ש. שלמה (ניחל צ"ם) בע"מ
ת"ד 378
ניר צב
60915

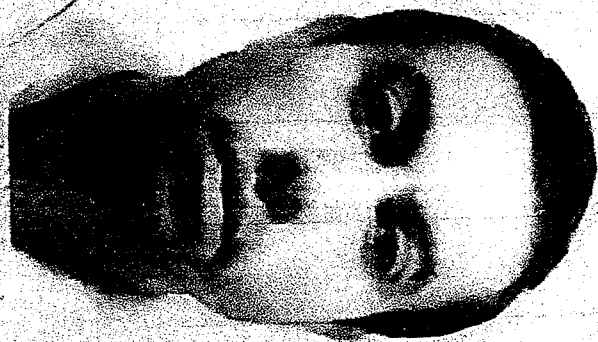
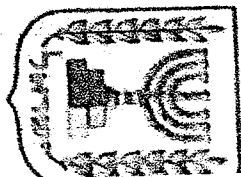


רשיון נהיגה

DRIVING LICENCE

מדינת ישראל

STATE OF ISRAEL



אבדורכמן

1. ABDORACHMANOV

אברהם

2. AVRAHAM

3. 08.08.1979

4. ט"ו באב ה'תשנ"ז

4b. 08.08.2027

5. 8043429

8. בוגרים אחרון 12 חמלה

4a. 11.07.2017

4d. ID 317636199

6199

6199

רשמי לנהוג בדרכה B עד 4000 ק"ג בישראל

אמבולנס עד 000,4 ק"ג
עלמה מעל 000,20 ק"ג

J. B C

五、

מסורת חשובה שאבה מלאהובת חיים ביהדות, חזית הפסולט
עקלה להקטין את הליצוים ושולמו לבעל הפולט.
אזרחות ולבשת חזת למקום מבעל הפולט.
כמקוט בטקס 6 לפולט.

4501655 :JLWJTD:000

1103517294/20-00 :notign on

Direct M-1

100 מיליון ש"ח בלבד:

7170 01219 7179 :מחלקת

73748 :n7w'om

1499 :שמי/7700 2017 תשע"ז

מחיר: 100,000 ₪

0000 :שעה 18/12/19 :תאריך תשלום

62-3100-7 :2000 TIT

PAZ

ה' שלמה המלך:

00:00 : Wed 18/12/2019: 17:20

237489 תל אביב, ישראל

בבן מודרני טפחות כ"ל סניף 461

161219 00 110X 110X 0011

על

הכנסות: 917.00

התפסה מתאריך 18/12/19

9028078

עוֹמֵת לַחֲבוּסֵי
תַּעֲדוּלַת בִּיטוּחַ חֻבְּבָה
14700 / 07-7470000 / 07-7470000 / 07-7470000

1070 / 2nd Avenue / New York, NY 10022-6901

העתק - לא תעודה מקורית

שם בעל(ים) חפצים: נ. צ. ד. 1/1א ו א. ל. אלקטרוניקה.

230005085

9.0/17.5" x 6.0/11.5"

THE

[illegible]

31/12/20

מפורט בסעיפים א"א ו' ספרדים וקוראים בגב העמוד ה'

128 3700000

עם הסוכן: מר ויליאם ג'יימס קולטון

100000-01

THE

Practical Training

100

STREET

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

דוד שלמה שולצר פתח את שעריו וזיכרנו לזה מנצח לשתי הצדדות.

הנהלת מכון

קריית ארץ, פרטמקו, 4951245 | 073739

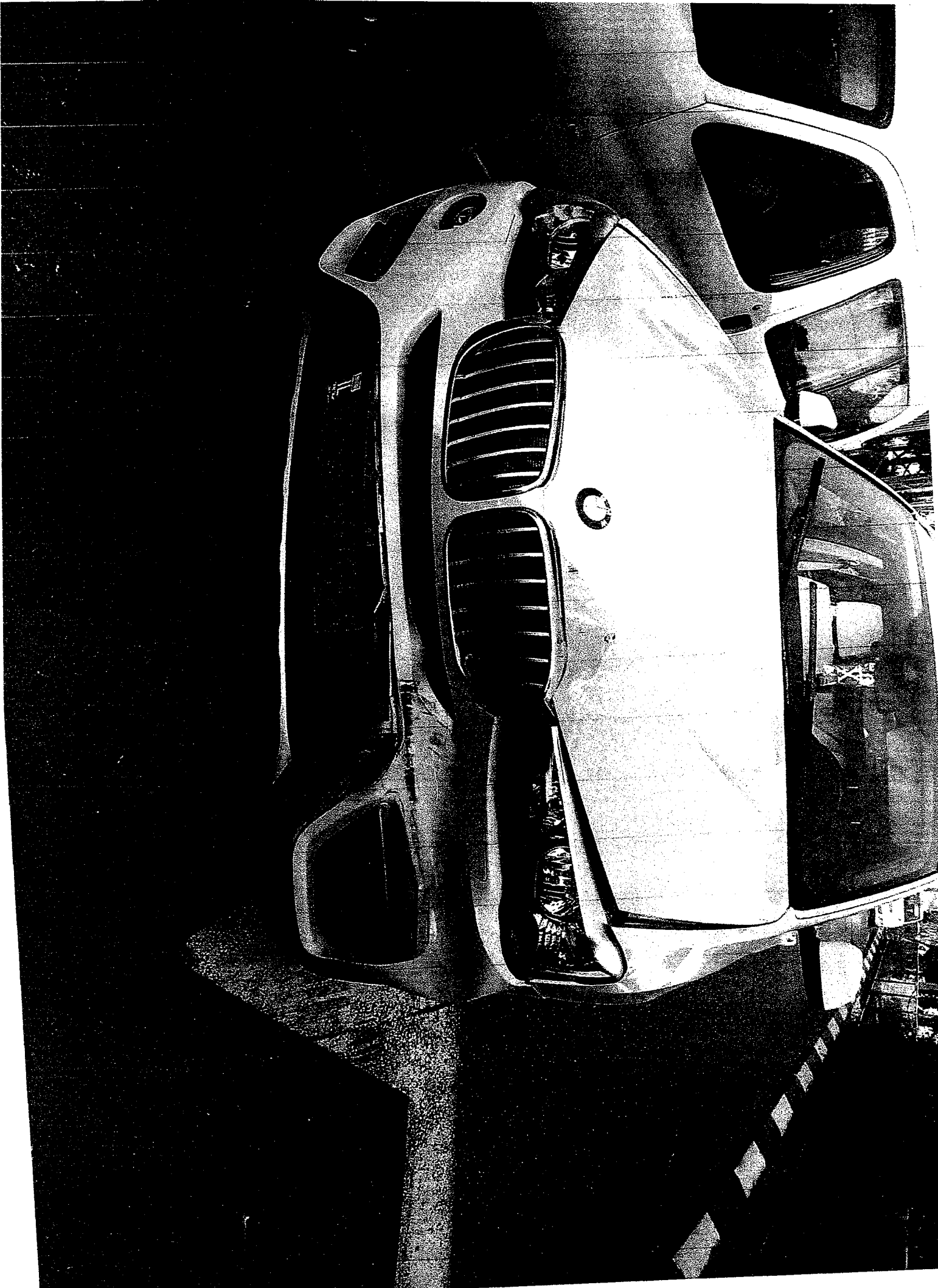
www.shd.it

TYNKA
Tynka 2500

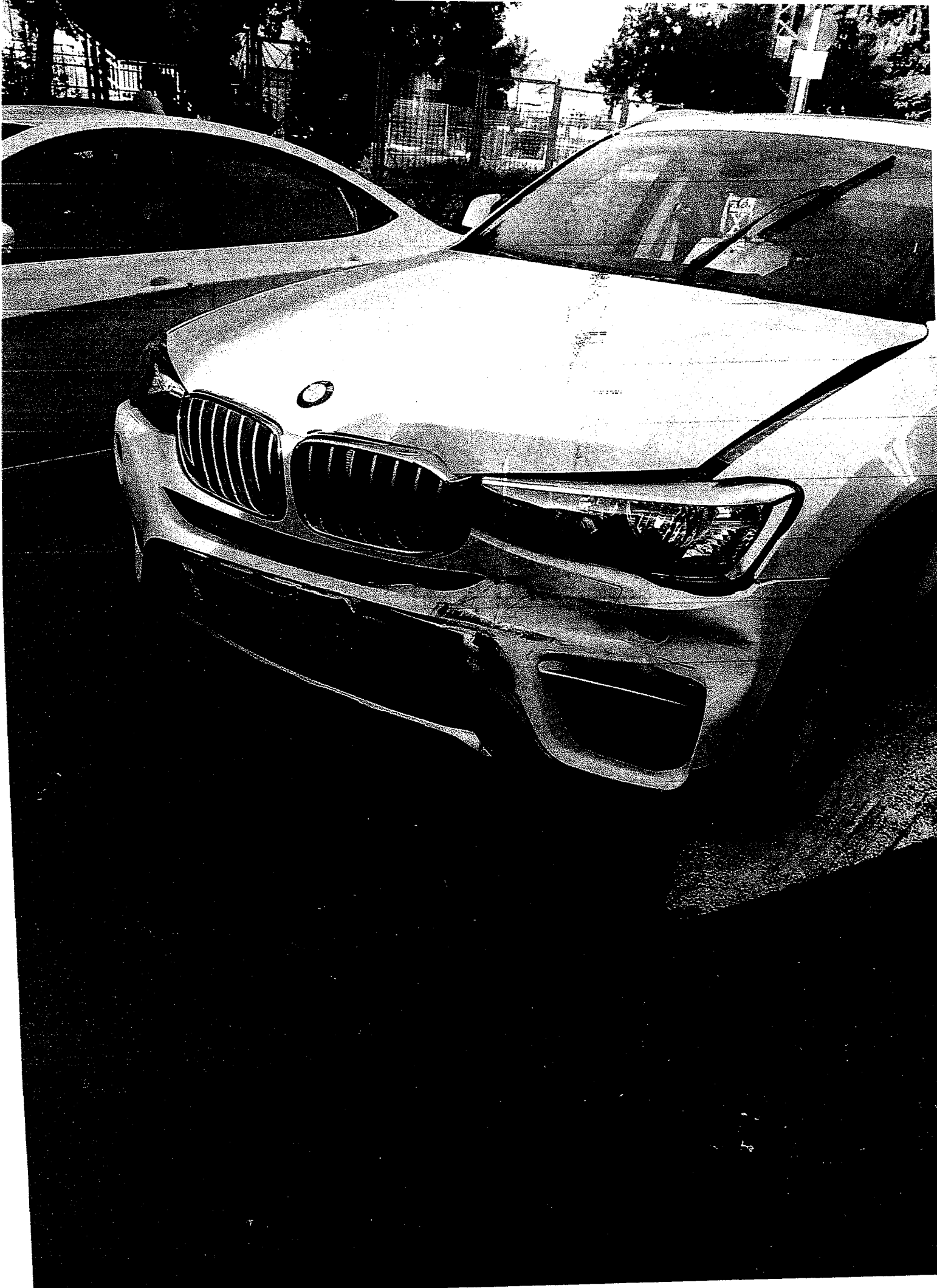
1948











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

תלונה: כאבי גב תאונת דרכים. פרוט: כאבי גב	תיק מס': 141450	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 166749	אריך ביקור: 22:55 14/07/202
---	--------------------	-----------------------------	----------------------	--------------------------------

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

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר. מוחמד בדין	שם: אברהם אבדורכמנוב תז: 317636199	קשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם קב תקין מכבי
---	---	--

סיכום הביקור:

Diagnosis:

Back pain

בים פאראוויטיבראלית בצד ימין וגם בגב תחתון מצד ימין

Pulse: 84, TempC: 37.1 PO, O2sat: 99, BP: 113/75 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 40 years 11 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is moderate, Has Para-C-Spine pain, Has Para-L-Spine pain Walking freely, ROM normal, Staight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(f planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

טוריה / אנמנזה רפואית:

4 בריא עד כה ללא טיפול תרופתי קבוע

מעורב בתאונת דרכים ביום קבלתו לדבריו עצר במעבר עצייה ורכב אחר פגע ברכבו מאחור (היה חגור)
מתלונן על כאבים בעמוד שדרה צווארי ובגב תחתון יותר בצד ימין ללא תלונות נוספות

הגופנית:

בכללי טוב נינוחה ועירנית

ם חיוניים תקינים

ולות סדירים אך מהירים ללא אוושות

ת כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ

רכה לא רגישה

רגישות פאראוויטיבראלית צווארית ובגב תחתון בצד ימין.

CORONA : No cough, NOT in quarantine, No Other breating symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO fever/cough/SO in the past 48 hours, NO contract known positive, No fever over 38, No SOB

יודיון:

בריא עד כה

של כאבים בגב תחתון מצב ימין וצווארית פראוויטיבראלית לאחר תאונת דרכים
הגופנית תקינה למעט רגישות בגב תחתון מימין בצוואר
מים-ללא עדות לשברים

חזר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

כי כאבים לפי הצורך

מקרה של החמרה יש לפנות לראפא מטפל

יין גם בגליון הביקור הסרוק

ת שבועו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Tests done (results scanned on actual chart)

ם שבועו:

שדרה מותני <<<

שדרה צווארי + דנס <<<

Prescriptions

Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS ; #10 (Ten) tablet

רשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

נחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

בגב התחתון הנו תלונה נפוצה מאוד. הכאב עלול להיות חזק, ולעתים קשה למצוא תנוחה ללא כאב. ניתן להקל על הכאב בדרכים הבאות:

- טול את התרופות שנרשמו לך
- עיסוי עדין, ומקלחות חמות עשויות לעזור
- בצע פעילויות שאינן גורמות כאב.
- יש להתכופף באמצעות כיפוף ירכיים וברכיים - המנע מכיפוף המותן בלבד.
- שימוש במזרן קשיח או הנחת קרש בין המזרן לקפיצי המיטה

לחזור למרפאת טרם באופן דחוף במקרים הבאים:

- מופיע קושי במתן שתן או חוסר שליטה על סוגרים.
- חוסר תחושה או חולשה של הרגליים או כפות הרגליים.
- הופעת חום
- כאב חזק למרות ביצוע ההמלצות הנ"ל.

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

את טרם מספקת שרתי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית לנכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , 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.

תוקף הפניה זו הוא עד ל

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

לכבוד : אברהם אבדורכמנוב TO:

למספר ביקור:

166749

Patient #:	141450	מס' תיק	ID #:	317636199	תז
		אור יהודה			הורד 10

Invoice #:
מס חשבונית: 49863

מקור/Original

מספר עוסק מורשה:
512585548

מספר ע"מ לצורך דיווח
מע"מ: 557760337

Date of Payment: 14/07/2020 תאריך רישום:

Receipt of Payment

חשבונית מס קבלה

Description: תיאור: ביקור רגיל

כרטיס אשראי/Credit card ₪ 92.00

Subtotal:	סה"כ לפני מע"מ: ₪ 78.63
VAT:	מע"מ: ₪ 13.37
Total:	סה"כ כולל מע"מ: ₪ 92.00

Issued: 14/07/2020 הונפק בתאריך:

Clearance number : 56001014 מספר שובר :

Company Stamp

חתימה

רפואת דחופה מ"מ
540249760
ר"מ

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כחול אלון 1, בת ים

קוד הפניה: 179605479

פרטי המבקש

שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
תלידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, תל אביב	מיקוד: 7227311	טל. עבודה/נייד: 0546757128

מכון פיזיותרפיה

גורם משלוח: 5, תאריך דרכים

תלונות: בן 40

ביום מדי לילה

התלונה החלה לאחר נפילה בשנת 2000 - שבר קרסול אשר טופל ניתוחית לדבריו.
 20 שנה לאחר מכן נפגע מרכב אחר מאחור. נבדק במוקד וכן צולם לע"ש צוואר ומותני - ללא עדות לשבר.
 לאחר מכן חלש גב תחתון, צוואר וכן מפציעים לרגל ימין.
 לאחר מפרטת סוגרית חדשה.
 סיבולת עם מגדי דלקת וללא שיפור משמעותי.

ממצאים: רגישות חיפזית קלה על גבי ע"ש לכל אורכו, תנועות צוואר מלאות.
 נמצא חוסר עצבי בגפיים עליונות או תחתונות לפי C4T1L2S1 החזרים גידים סימטריים לא הופקו החזרים פתולוגים

אבחנה:

• BACK PAIN

בעת בדיקה:

- CYST KIDNEY ACQUIRED Left (05/2020) PER US
- COLONOSCOPY (11/2019) SIGMOIDOSCOPY: HEMORRHOIDS
- POLYP GALLBLADDER (09/2017)
- FATTY LIVER (05/2020)
- GASTROSCOPY (07/2016) NORMAL
- ANEMIA (2016)
- HEMORRHOIDS (2015) PER SIGMOIDOSCOPY
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (17/05/2018)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (2015)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2015)
- LACTOSE INTOLERANCE

רגישות חיפזית - 30/05/2019 - ללא שינוי.

רגישות חיפזית - 16/11/2005 - פריחה - PENICILLIN

תרופות:

FOLIC ACID MAC 5MG X 60 1X1X30

מעשנות הפסיק

סיבות להחלפת המשך טיפול

מ.ר. גורם מפנה



108767

ד"ר קליין ורני
כירורגית אינטרספדיית | אורתופדיית כותף

התמחות:

מומחה כיורגית אורתופדיית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: בית אלי 1 בת ים

שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: אברהם		ת.ז.: 317636199	
ת.לידה: 08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423	טל.עבודה/ביד: 0546757128	מיקוד 7227811	
כתובת: בוגנים אהרון 12/9		0317536199			

אישור מחלה

הנני מצהיר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינני: 14/07/2020 עד יום: 21/07/2020 סה"כ: 8 ימים.

ד"ר קליין ורני
אורטופד מומחה
מ.ר. גורם מפנה
108767

16/07/2020

חתימה

חתימה וחותמת הרופא

כתובת: רח' שמחה הולצברג 16, בית רופאים
פנורמה, רמלה

טלפון: 08-9210834

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אבדורכמנוב		שם פרטי אברהם		שם האב יורי		מס' זיהוי 317636199		שכיר/עצמאי שכיר	
ישוב רמלה		רחוב בוגנים אהרון		מס' 12		מיקוד 7227811		שנת לידה 1979	
חבר (כל) כ									
שם המעביד וכתובתו א.ל.אלקטרוניקה				טלפון 03-5395100		מקצוע טכנאי יצור			
ת. פגיעה 14/07/2020		שעה 19:10		התעסקות בשעת הפגיעה תאונת דרכים בחזרה מעבודה					
האיבר שנפגע צוואר, גב, רגל ימין				שם הרופא המטפל מץ ט.				נמצא בטיפול מיום 14/07/2020	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ב 14/07/20 בנהיגה בחזרה מעבודתו רכב התנגש בו מאחור. היה חגור. כרית אוויר לא נתפחה. מאז התאונה כאבים חזקים בצוואר האחורי, בגב התחתון וברגל הימנית. באותו יום נבדק ב TEREM בלוד. בצילומי הרנטגן של עמ"ש צווארי ומותני ללא עדות לשבר.
ETOPAN גרם לכאב ברזף הבטן.
ד"ר קליין חגי. בבדיקה ללא חסר עצבי בגפיים העליונות והתחתונות. הומלץ על נטילת ZALDIAR, פיזיותרפיה.
ב 16/07 נבדק על-ידי אורתופד

הממצא הקליני:

ללא סימני החבלה. שרירים פראוויטיברליים תפוסים יותר מימין, רגישות באיזור הצוואר והמותן. תנועות בצוואר ובגב התחתון עם כאבים. תחושה וכח גס ברגליים שמורים.

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

TEREM לוד

בתאריך: 14/07/2020

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- ROAD ACCIDENT
- NECK PAIN
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

20/07/2020

זאריך הבדיקה

חתימה מאומנת הרופא
מחאה לרבות
מ.ר. 27475
מ.ר. 17645
מ.ר. 17645

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

פיזיותרפיה

מיחליה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.ל.ידה: 08/08/1979	מ.י.ז: 0547921423	טל.עבודה/נייד: 0546757128
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811	



0317636199

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקד: 30/09/2020

לכבוד דר' טואטי קולט

317636199

ת.ז.:

אבדורכמנוב אברהם

מ.ר.ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY

מטרות:

תאריך יציאה
21/07/2020

סטאטוס

תאריך יעד

מטרות

יכול לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב
תחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים

21/07/2020

טופל החל מ-

מדדי תוצאה:

ציון בביקור
אחרון

ציון בקבלה

שם מדד

63

54

מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)

7

8

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)

נמוך

גבוה

Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטיהערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צווארי ומותני,
הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה ועיסויות.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



134453

פיזיותרפיה

זלייה סאלם

יותרפיה

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: אברהם		ת.ז.: 317636199	
ת.לידה: 08/08/1979		מין: ז		טלפון: 0547921423		טל.עבודה/נייד: 0546757128	
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה		מיקוד: 7227811					



0317636199

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: מיחליה סאלם

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

המחנך
מכון פיזיותרפיה
רמלה

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מ.ר גורם מפנה



134453

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

מי חלייה סאלם

פיזיותרפיה

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם	ת.ז.: 317636199
ת.לדה:	08/08/1979	מין: ז	טלפון: 0547921423
כתובת:	בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811	טל.עבודה/נייד: 0546757128



0317636199

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/09/2020

317636199

ת"ז:

לכבוד דר' דר' טואטי קולט

מר/ת אבדורכמנוב אברהם

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: WHIPLASH INJURY

מטרות:

מטרות

יכול לתפקד עם 50% פחות כאבי-גב
תחתון, עליון, צוואר תוך חודשיים

טופל החל מ- 21/07/2020

מדרי תוצאה:

ציון בביקור
אחרון

ציון בקבלה

שם מדד

63

54

7

8

נמוך

גבוה

מדירה ותפקודית (בטווח של 0-100)

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)

Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכלול:

THERAPEUTIC EXERCISE

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY HEAT PACKEVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 8 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרוצה
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטיהערות: מסיים טיפול, עובד ופעיל, עדיין מתלונן על כאבים בע"ש צווארי ומותני,
הומלץ על המשך תרגול עצמי, פעילות גופנית, שחייה ועיסוקים.

תאריך הדפסה: 30/09/2020

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

מיחליה סאלם

פיזיותרפיה



134453

טלפון: 08-9275858

פקס: 073-2284406

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: אברהם
ת.ז.: 317636199	טל. עבודה/גייד: 0546757128
ת.לידה: 08/08/1979	טלפון: 0547921423
כתובת: בוגנים אהרון 12/9, רמלה	מיקוד: 7227811
0317636199	

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: מיחליה סאלם

שם המכון: רמלה מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מכבי
מחלקת
מכון פיזיותרפיה
רמלה