

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שויבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסוף לבית הספר הרפואי ע"ש סאקלר
גאוגרפיה: תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירונ אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

57097453 דהן נסים

בן: 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק, בני ברק 5144324
מספר קבלה: 01410118092020
תאריך ביקור: 18/09/2020 13.54

אבחנות מסכמות

• Accidental fall (E888.9)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

לא ידועה רגישות לחרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סימפטומטית

סיבה עיקרית: אחר

הערות:

היום נפל באוטובוס נחבל בפנים רגל ימין אגן בצד שמאל ויד שמאל - ללא איבוד הכרה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	נאב
14 03 18/09/2020	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

זר' סעד רביע מ.ר. 148514 18/09/2020 15:59
בן 59, ברקע סכרת, שומנים בדם, תרופות קבועות - ללא מדללי דם נפל באוטובוס ונחבל ב'רך שמאל וכן רגל ימין, חבלת ראש בבדיקתו - נשא משקל על רגל ימין ללא רגישות עמוד שדרה לכל אורכו פרקי ירכיים חופשיים כף רגל ימין רגישות קלה במיד פוט, ללא רגישות פטישון מדיאלי ולטרלי, ללא רגישות בשוק או בשוקית אצבע 5 יד שמאל רגישות קלה, תחושה שמרה, טוחים מלאים שמור NV דיסטאלית צילום - ללא ממצא גרמי חריף משוחרר אורטופדי עם המלצות

דר' בק תמר מ.ר. 154377 18/09/2020 14:54
בן 59, ברקע סכרת, שומנים בדם, תרופות קבועות - ללא מדללי דם, היום כשעלה לאוטובוס, בעת שהנהג האץ - איבד שווי משקל ונפל. נחבל בלחי ימין, כף רגל ימין, ואמה שמאל, ללא חבלת בית חזה, בטן או אגן. ללא אנמנזה הכרה, ללא בחילה / הקאות, מעט סחרחורת כתוצאה כמעט במיני ניסוח, מדדים תקינים, כבדיקה - מתנייד בחופשיות, רק קצת כאוב על פני כף רגל ימין, ראש ופנים ללא סימני חבלה חיצונית, כנ"ל על פני הגו או הגפיים. ללא צורך ב-CT לפי הקריטריונים המקובלים. משוחרר מבחינה כירורגית. ימשיך להערכת אורטופד.

המלצות

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

ולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020:

ב18.09.20 היה מעורב בתאונת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיעה - ללא רגישות בביקוש ע"ש צווארי ומותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

כאבי שורש כף יד שמאל.

רגישות רדיאלי.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30

בוצע US - ללא ממצא חריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44

עדיין סובל מכאבי גב גבי.

בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

• DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)

• THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)

• RHINITIS ALLERGIC

• HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעש/ת: לא

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90

VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90

LIPANOR 100MG X 30 1X1X90

NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40

OMEPRADAX 40MG X 30 1X1X90

הערות:

דיקור

טווינה

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/מיד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:

מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

11/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2021 עד תאריך - 07/11/2021

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מר גורם מפנה



037507

ד"ר קולטנוב דימטר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 23/06/1961



0057097453

כתובת:

וולפסון 14, בני ברק

מיקוד 5144324

תמצית הביקור מתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שגרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון ותדירות מרשם	שמות החלופות
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 10 ימים	* SPR. KETOSPRAY 25G < 1 OP > [40168]

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	01/05/2021	30/05/2021
מרפאת מכבי טבעי		
אישור		
אישור מחלה		

001674466371



מכון דימות: בני ברק כתובת: רבי עקיבא 86 בני ברק, טלפון: 03-5771313

פרטי חפא מפנה:

שם: ד"ר קולטנוב דימטרי

מ.ר: 37507

תאריך הבדיקה: 07/01/2021

תאריך הפיענוח: 09/01/2021

שם הנבדק: דהן ניסים

ת.ז. הנבדק: 57097453

כתובת הנבדק: וולפסון 14 בני ברק 5144324

טלפון הנבדק: 052-2320576 טלפון נייד: 052-3312126

תשובת בדיקת דימות: 21014077

א.ס. רקמות רכות אורטופדי

*סיבת ההפניה:

לאחר חבלה.

*ממצאים:

US שורש כף יד שמאל

=====

הגידים המיישרים נצפו תקינים והמשכיים, לא נצפה נזל חריג סביבם.
הגידים המכופפים נצפו תקינים והמשכיים, לא נצפה נזל חריג סביבם.

לא נצפה נזל עודף במרווחים הפירקיים של שורש כף היד.
לא נצפה עיבוי של הסינוביה.

לא נצפו גושים.

לא נצפה גנגליון ציסט.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות השטחיות.

סיכום:

ללא ממצא סונוגרפי חריג.

מבצע/ת הבדיקה: אריאל פיטר

בברכה

ד"ר ירוחם קליינבאום

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 21079

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



037507

ד"ר קולטונוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0523312126

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

460764-משלימה-דחן-נסים.pdf

Open with



תאריך: 15/07/2021

רפואה משלימה וטיפול בכאב

2-תל-אביב יפו

072-2500493 ,0

התחייבות לתשלום מ' - 460764

5:

052:

ורופתיה

15/

יה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

24

נחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה

זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.
 זו תקפה לטיפול בודד בלבד.
 הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה
 אמצעות תעודה מזהה.
 זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.
 זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.
 טל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את
 טיפול לרבות ההשתתפות העצמית.
 ול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול
 ייגרע ממנן הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב

זה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

יבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 12/09/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

תאריך: 24/05/2021

לכבוד: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת: סעדיה גאון 24-תל-אביב יפו

טלפון: 072-2500493, 072-2500493

התחייבות לתשלום מס' - 441157

שם המבוטח: נסים דהן

מספר ת.ז.: 57097453

טלפון נייד: 0522320576

סוג הטיפול: טיפול טווינה

תאריך טיפול: 24/05/2021

שם המטפל: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת מלאה: בן גוריון 24

חברת "TargetCare", מתחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה

הערות:

1. התחייבות זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.
2. התחייבות זו תקפה לטיפול בודד בלבד.
3. באחריות הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה לוודא זאת באמצעות תעודה מזהה.
4. התחייבות זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.
5. התחייבות זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.
6. במידה ויבטל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את מלוא עלות הטיפול לרבות ההשתתפות העצמית.
7. ביטול טיפול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול למבוטח והוא יגרע ממנין הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב השירות.

השתתפות עצמית:

במעמד הטיפול תיגבה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

התחייבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 31/05/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

תאריך: 26/05/2021

לכבוד: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת: סעדיה גאון 24-תל-אביב יפו

טלפון: 072-2500493, 072-2500493

התחייבות לתשלום מס' - 442143

שם המבוטח: נסים דהן

מספר ת.ז.: 57097453

טלפון נייד: 0522320576

סוג הטיפול: טיפול נטורופתיה

תאריך טיפול: 26/05/2021

שם המטפל: מרכז טיליה לרפואה משלימה וטיפול בכאב

כתובת מלאה: בן גוריון 24

חברת "TargetCare", מתחייבת לשלם עבור הטיפול המתואר מעלה

הערות:

1. התחייבות זו תקפה לטיפול המתואר למעלה בלבד.
2. התחייבות זו תקפה לטיפול בודד בלבד.
3. באחריות הספק לוודא שהשירות ניתן למבוטח שפרטיו מופיעים בהתחייבות זו ולו בלבד. חובה לוודא זאת באמצעות תעודה מזהה.
4. התחייבות זו הינה בכפוף להסכם בין חברת "TargetCare" לבין הספק.
5. התחייבות זו הינה לטובת ספקים שבהסדר בלבד.
6. במידה ויבטל המבוטח את הטיפול פחות מ 12 שעות לפני המועד שנקבע, יהיה עליו לשלם את מלוא עלות הטיפול לרבות ההשתתפות העצמית.
7. ביטול טיפול, כאמור בסעיף 6, פחות מ 12 שעות מהמועד שנקבע יחשב כאילו ניתן הטיפול למבוטח והוא יגרע ממנין הטיפולים להם זכאי המבוטח בשנת הביטוח, כפי שמופיע בכתב השירות.

השתתפות עצמית:

במעמד הטיפול תיגבה על ידי המטפל השתתפות עצמית הנקובה בכתב השירות על סך 55.00 ₪

התחייבות זו תקפה ל-60 יום או עד סוף שנת ביטוח הנוכחית של המבוטח (המוקדם מביניהם) 31/05/2021

מעבר לתאריך זה, יש לפנות ולקבל התחייבות חדשה בעבור טיפול זה.

בברכה,

TargetCare

מיון מרכזי

1 מרכז רפואי ע"ש ח.שיבא
אדמיניסטרציה רפואית
תל השומר רמת גן 5265601
03-5302626 / 03-5307475
תאריך: 18/09/20
מספר מיון: 141

חשבון עבור בקור בחדר מיון

ת"ז: 5709745-3

המטופל:

שם המטופל: דהן
כתובת: וולפסון 14 בני ברק
מיקוד: 5144324

ביקר בחדר מיון בתאריך 18/09/20 בשעה 13:54 ושוחרר בתאריך 18/09/20 בשעה 16:56
במהלך הביקור בוצעו הבדיקות הצילומים והטיפולים הבאים.

קוד	שם הבדיקה	כמות	מחיר
****	חיוב כללי עבור טיפולים במיון	1	967
099	אצבע-צלום	1	
962	בדיקה קלינית במיון	1	
סה"כ לתשלום		967	

- את החוב יש לכסות בתוך 30 יום באפשרויות המפורטות:
1. תשלום באמצעות כרטיס אשראי באתר שיבא: WWW.SHEBA.CO.IL
 2. תשלום באמצעות משלוח המחאה בדואר למשרדנו בכתובת:
המרכז הרפואי ע"ש שיבא, הרשומות הרפואיות, תל השומר 5265601
 3. באמצעות משלוח טופס התחייבות מקופת חולים (ט.17) לפקס 03-5302113/7447
יש לוודא הגעת הפקס בטלפון 03-5307475/2626.
או במייל: HOVOT@SHEBA.HEALTH.GOV.IL
 4. לא יכובד טופס 17 אם חלפו 120 יום ממועד הביקור.
מבוטחי קופ"ח כללית או מאוחדת - בגין תאונת עבודה, יפנו למעסיק לקבלת
טופס ב.ל. 250 וישלחו אותו למרכז הרפואי.
 5. חייל/ת - יש לפנות לרופא היחידה להמציא טופס אסמכתא תקציבית,
ולשלוח למרכז הרפואי.

האחריות להסדרת החוב מוטלת עליך ולא על המבטח.

בברכת החלמה מהירה
צוות המחלקה לרפואה דחופה

EOF

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
מרכז הרפואי של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א. אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

57097453 דהן נסים

בן: 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק . בני ברק 5144324
מספר קבלה: 01410118092020
תאריך ביקור: 18/09/2020 13.54

אבחנות מסכמות

- Accidental fall (E888 9)

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: לא בוצע

לא ידועה רגישות לחרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיפורית

סיבה עיקרית: אחר

הערות: היום נפל באוטובוס נחבל בפנים רגל ימין אגן בצד שמאל יד שמאל- ללא איבוד הכרה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	נאב
14.03.18/09/2020	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר סעד רביע מר. 148514 18/09/2020 15:59
בן 59, ברקע סכרת. שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם נפל באוטובוס ונחבל בירך שמאל וקף רגל ימין, חבלת ראש בבדיקתו - נשא משקל על רגל ימין ללא רגישות עמוד שדרה לכל אורכו פרקי ירכיים חופשיים כף רגל ימין רגישות קלה במיד פוט, ללא רגישות פטישון מדיאלי ולטרלי, ללא רגישות בשוק או בשוקית אצבע 5 יד שמאל רגישות קלה, תחושה שמורה, טוחים מלאים שמור NV דיסטאלית צילום- ללא ממצא גרמי חריף משוחרר אורטופדיית עם המלצות

ד"ר בק תמר מר. 154377 18/09/2020 14:54
בן 59, ברקע סכרת. שומנים בדם. תרופות קבועות - ללא מדללי דם. היום כשעלה לאוטובוס, בעת שהנהג האץ - איבד שווי משקל ונפל. נחבל בלחי ימין, כף רגל ימין, ואמה שמאל. ללא חבלת בית חזה, בטן או אגן. ללא אובדן הכרה, ללא בחילה / הקאות. מעט סחרחורת כרוני בעת במיין נינוח, מדדים תקינים, בבדיקה - מתנייד בחופשיות, רק קצת כאוב על פני כף רגל ימין. ראש ופנים ללא סימני חבלה חיצונית, כנ"ל על פני הגו או הגפיים. ללא צורך ב-CT לפי הקריטריונים המקובלים. משוחרר מבחינה כירורגית. ימשיך להערכת אורתופד.

המלצות

מכתב שחרור

57097453 דהן ניסיון

בן 59

כתובת: וולפסון 14 בני ברק . בני ברק 5144324

מספר קבלה: 01410118092020

תאריך ביקור: 18/09/2020 13:54

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHIBBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
מרכז רפואי

מלינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי הנישולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירובי אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

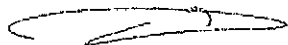
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

תאריך ושעה נשא נרשם ע"י פרטים

18/09/2020 18:51	המלצות אורטופד	ד"ר סעד רביע מ.ר. 148514	דריכה לפי סף כאב -נוגדי כאבים לפי צורך -7 ימי חופש -ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד שבוע -עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיסיים -רגל מזרמת בשינה -תהבושות מזרופדת ביום -פיון להניח קומפרס קר לסירוגין -בכל החמרה תסמינית לשוב לבידוק במעון
18/09/2020 14:56	ניתוחיה	ד"ר בק גנור מ.ר. 154377	המשך מעקב רפוא/ת המשפחה - נא לגשת עם מכתב זה ניתן ליטול נוגדי כאבים לפי הצורך במינון המקובל (אקמול / אופטלגין) המשך טיפול תרופתי קבוע ימי מחלה שבוע ימים בכל החמרה - סובי ראש עדים, הקאות חזרות, אירוע של עלפון - יש לפנות לבידוק רפוא/ת בהקדם

Saad Rabia

18/09/2020 16:52:47



חתימה:

מכתב נחתם ע"י ד"ר סעד רביע מ.ר. 148514

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדון עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה דדן	שם פרטי ניסים	שם האב יוסף	מס' זהוי 57097453	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב בני ברק	רחוב וולפסון	מס' 14	מיקוד 5144324	שנת לידה 1961
חבר (כל)	כ	מקצוע	טלפון 0523312126	שם המעביד וכתובתו
ת. פגיעה 18/09/2020	שעה 12:00	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע גב	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

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

ב-18.09.2020 היה מעורב בתאונה אוטובוס, נחבל בצד שמאל.
נבדק במיון שיבא, ללא שברים.
בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומותני.
כח גס, תחושה שמורים דו צדדיע.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 45 ימים, היינו מיום: 18/09/2020 עד יום: 01/11/2020

13/10/2020

(בכח) חתום: ד"ר קולטנוב דימטרי
01.11.2020
חתימה וחותמת חתום

תאריך הבדיקה

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.

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 13/10/2020

ד"ר קולטומב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

מר גורם מפנה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק



0323428235

037507

קוד הפניה: 190650747

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: ניסים	ת.ז.: 57097453
ת.לידה: 23/06/1961	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	טל.עבודה/נייד: 0523312126



0057097453

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-18.09.20 היה מעורב בתאגת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.
בבדק במיון שיבא, ללא שברים.
בבדיעה - ללא רגישות בביקוש ע"ש צווארי ומוותני.
כח גס, תחושה שמורים דו צדדיע.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADEx 40MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: צוואר - אלקטרותרפיה ומתיחות
גב תחתון- אלקטרותרפיה, תרגילי חיזוק והגמשה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/10/2020 עד תאריך - 11/04/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

13/10/2020

תאריך

חתימה וחומת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מכבי שירותי בריאות

שירות רפואי מוסמך

ד"ר קולטנוב דימטרי

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 37507

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
דהן	ניסים	יוסף	57097453	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בני ברק	וולפסון	14	5144324	1961
טלפון	טלפון			
	0522320576			
שם המעביד וכתובת		טלפון		
		0523312126		

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• WHIPLASH INJURY

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 30 ימים, היינו מיום: 01/11/2020

עד יום: 30/11/2020 (בכלל).

03/11/2020

תאריך הבדיקה

ד"ר קולטנוב דימטרי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 37507
כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק
טלפון: 03-5782928



0323428235



037507

קוד הפניה: 199966201

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.:
0522320576	23/06/1961	57097453
טלפון:	מין: ז	ת.לידה:
0522320576	וולפסון 14, בני ברק	כתובת:
מיקוד 5144324		0057097453

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

רקמות רכות אורטופדי - 6893

שאלה למבצע הבדיקה: שורש כף יד שמאל

תלונות: בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020

ב18.09.20 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל,

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומוותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

נאבי שורש כף יד שמאל,

רגישות רדיאלי.

ממצאים: בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעש/ת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

22/12/2020

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/12/2020 עד תאריך - 20/06/2021

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

מ.ר. גורם מפנה



037507

ד"ר קולטונב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 203783610

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דהן		שם פרטי: ניסים		ת.ז.: 57097453	
ת.לידה: 23/06/1961		מין: ז		טלפון: 0522320576		טל.עבודה/נייד: 0523312126	
כתובת: וולפסון 14, בני ברק		מיקוד: 5144324					

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• WHIPLASH INJURY

אבחנה:

סוג מוצר: מרף

תחום: אורתופדיה

קוד ספק

קוד אביזר

כמות

שם אביזר

חבק שורש כף יד עם סד--שמאל

96573

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 05/03/2021

19/01/2021

תאריך

חתימה וחוקת

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555. לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 19/01/2021

ד"ר קולטוב דימטרי

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית



037507

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 203783610

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: דהן	שם פרטי: ניסים	ת.ז.: 57097453
ת.לדה: 23/06/1981	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	טל. עבודה/נייד: 0523312126



0057097453

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

תחום: אורתופדיה

סוג מוצר: מדף

שם אביזר	קוד אביזר	קוד ספק
חבק שורש כף יד עם סד--שמאל	1	96573

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 05/03/2021

19/01/2021

תאריך

חתימה וחותמת

טרם רכשה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכוניס אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555. לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוסחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 30/05/2021

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר יחיאל יגאל

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0058508599



023717

קוד הפניה: 221134829

טלפון: 03-6201450

כתובת: ציטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ביסים		שם משפחה: דהן	
ת.ז.: 57097453	טל. עבודה/נייד: 0523312126	ת.לידה: 23/06/1961	כתובת: וולפסון 14, בני ברק
מיקוד: 5144324		0057097453	

מרכז ארצי לדימות - C.T

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/05/2021 עד תאריך - 26/11/2021

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 30/05/2021

מ.ר גורם מפנה

ד"ר יכני יגאל

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0058508599



023717

קוד הפניה: 221134829

טלפון: 03-6201450

כתובת: צייטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ל.ד: 57097453
ת.ל.ד: 0523312126	טלפון: 0522320576	ת.ל.ד: 23/06/1961
מיקוד: 5144324	מיון: ז	ת.ל.ד: 0057097453
טל.עבודה/נייד: 0523312126	ולפסון 14, בני ברק	

מרכז ארצי לדימות - C.T

שם המכון:

מעוניי הישועה-ש.ר.ב.ע"מ

תלונות:

כאבי גב תחתון מזה כחודש. הכאב מוחמר בתנועות מסוימות

ממצאים:

מצב כללי. הליכה תקינה.

לאסג שלילי.

כח גס שמור וסימטרי.

החזרי פיקה שווים, ערים במיוחד.

רגישות נקודתית פארא ורטבראלית מימין בגובה החוליות הגביות התחתונות.

אבחנה:

• BACKACHE

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעש/ת: לא

CT עמוד השדרה גבי
CT עמוד שדרה מותני וסקרלי
שאלה לרדיולוג:
ממצא גרמי? דיסקאלי? אחר?

תאריך רישום: 10/13/07/2020
לפני: 10/13/07/2020
תאריך: 30/05/2021
שם הרופא: ד"ר יכני יגאל

Creatinine (B) 1.08
eGFR 75



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
ת.לדה: 23/06/1961	מין: ז	טלפון: 0522320576
כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324	סל.עבודה/נייד: 0523312126



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35
 ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020
 ב-18.09.20 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.
 נבדק במיון שיבא, ללא שברים.
 בבדיקה - ללא רגישות ביקוש ע"ש צווארי ומותני.
 כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

 03.11.20
 עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד
 הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46
 כאבי שורש כף יד שמאל.
 רגישות רדיאל.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30
 בוצע US - ללא ממצא הריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44
 עדיין סובל מכאבי גב גבי.
 בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

• WHIPLASH INJURY

בעיות פעילות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

מעשבת: לא

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X2X90
 VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
 LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
 NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
 OMEPRADEx 40MG X 30 1X1X90

הערות:

דיקור
טווינה



023717

קוד הפניה: 232110249

טלפון: 03-9610169

פקס: 03-9610169

כתובת: ציטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 23/06/1961



0057097453

מיקוד: 5144324

ולפסון 14, בני ברק

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: בן 60.

בספטמבר 2020 עבר ת"ד ומאז סובל מכאבי גב תחתון וגפיים תחתונות המפרעות לו ביומיום ובעיקר בעבודתו כספר הכרוכה בעמידה רבה וממושכת.
הפניה לפיזיותרפיה.

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Bi-Lateral

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וגפיים תחתונות.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/08/2021 עד תאריך - 12/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

16/08/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/05/2021

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קולטונב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

קוד הפניה: 218922904

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי חשבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן
ת.ז.: 57097453	ת.לידה: 23/06/1961
טל.עבודה/נייד: 0523312126	מין: ז
טלפון: 0522320576	ולפסון 14, בני ברק
מיקוד 5144324	כתובת:



0057097453

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2021 עד ותאריך - 07/11/2021

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



037507

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ניסים	שם משפחה: דהן
ת.ז.: 57097453	ת.לדה: 23/06/1961
טל.עבודה/נייד: 0523312126	מין: ז
טלפון: 0522320576	תלדה: 23/06/1961
מיקוד 5144324	כתובת: וולפסון 14, בני ברק



0057097453

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 11/05/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



037507

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מנוחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם פרטי: ביסים	שם משפחה: דהן	ת.ז.: 57097453
טלפון: 0522320576	ת.לידה: 23/06/1961	מין: ז
טל.עבודה/נייד: 0523312126	כתובת: וולפסון 14, בני ברק	מיקוד: 5144324



0057097453

אישור מחלה

הגני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 01/05/2021 עד יום: 30/05/2021 סה"כ: 30 ימים.

11/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



023717

קוד הפניה: 232110249

טלפון: 03-9610169

פקס: 03-9610169

כתובת: ציטלין 7 ראשל"צ

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 23/06/1961



0057097453

מיקוד: 5144324

ולפסון 14, בני ברק

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: בן 60.

בספטמבר 2020 עבר ת"ד ומאז סובל מכאבי גב תחתון וגפיים תחתונות המפרעות לו ביומיום ובעיקר בעבודתו כספר הכרוכה בעמידה רבה וממושכת.
הפניה לפיזיותרפיה.

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- LOW BACK PAIN
- LEG PAIN Bi-Lateral

בעיות ידועות:

- DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)
- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

תרופות קבועות:

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
OMEPRADDEX 40MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וגפיים תחתונות.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/08/2021 עד תאריך - 12/02/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

16/08/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



037507

קוד הפניה: 253004145

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

תלידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתיתתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונה: בביקור בתאריך 03/11/2020 בשעה 19:34:35

ביקור חוזר מתאריך 13/10/2020:

ב18.09.20 היה מעורב בתאנת אוטובוס, נחבל בצד שמאל.

נבדק במיון שיבא, ללא שברים.

בבדיקה - ללא רגישות בניקוש ע"ש צווארי ומותני.

כח גס, תחושה שמורים דו צדדי

03.11.20

עדיין סובל מכאבים, לא מסוגל לעבוד

הארכת חופשת מחלה..

בביקור בתאריך 22/12/2020 בשעה 19:29:46

כאבי שורש כף יד שמאל.

רגישות רדיאלי.

בביקור בתאריך 19/01/2021 בשעה 20:04:30

בוצע US - ללא ממצא חריג.

בביקור בתאריך 11/05/2021 בשעה 20:07:44

עדיין סובל מכאבי גב גבי.

בביקה - רגישות פרוורטברלי ע"ש גבי, כח גס, תחושה תקינים.

בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 19:54:10

עדיין סובל מכאבי גב תחתון עם עפות.

בוצע CT, אך אין דיסק.

ממצאים: בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 19:54:10

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

מעשנת: לא

• DIABETES MELLITUS TYPE 2 (08/2019)

בעיות ידועות:



037507

קוד הפניה: 253004145

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57097453

שם פרטי: ניסים

שם משפחה: דהן

טל.עבודה/נייד: 0522320576

0522320576

טלפון:

מין: ז

23/06/1961

ת.לידה:



מיקוד 5144324

וולפסון 14, בני ברק

כתובת:

0057097453

התייעצות מומחה

- THROMBOCYTOPENIA UNS (08/2019)
- RHINITIS ALLERGIC
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (04/2004)

GLUCOMINE 850MG X 30 1X1X90
 VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
 LIPANOR 100MG X 30 1X1X90
 NOCTURNO LS 3.75MG X20 1X1X40
 OMEPRADEx 40MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לטיפולך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

11/01/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/01/2022 עד תאריך - 10/07/2022