

תאריך חתימת המסמך: 2.1.23

התובע: **לידור בנימיני, ת.ז. 204518435**

מרחוב לילך 43, בית דגן
טלפון: 050-7997237

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבע: **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300; פקס: 03-9620303
דוא"ל: poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 14.5.1993, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 601-84-652(להלן: **"הרכב/האופנוע"**).
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה ומסמכי חבות, מסומנים **"כנספח 1"**.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, עובד בתפקיד ביטחוני, כשירותו נפגעה, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

7. בתאריך 2.2.21, בשעה 17:00 או בסמוך לכך, בדרך נמיר, בתל אביב, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 12-276-47 והתובע נחבל בגופו (להלן: **"התאונה"**).
8. למחרת התאונה, משלא חלפו הכאבים, אלא, החמירו, פנה התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בצוואר, בגב ובגפיים התחתונות. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב טופל במסגרת הקהילה, והופנה להמשך מעקב רפואי ומנוחה.
10. התובע נבדק ע"י אורתופד בקהילה אשר איבחן הגבלה ניכרת בתנועות עמוד השדרה המותני והצווארי ורגישות בברך והומלץ לו על הימנעות מביצוע פעילות למשך חודש ומחצה, ביצוע בדיקות הדמיה, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב רפואי.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה, בעת התקפות כאב, הונחה התובע להימנע מפעילות והמלצה לתפקוד במסגרת עבודה משרדית בלבד, כן ביצע התובע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים בסופם נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והברכיים והוא הופנה לביצוע בדיקות הדמיה והמשך מעקב רפואי במסגרת מרפאות מומחים.
12. בדיקת מיפוי עצמות אשר בוצעה לתובע הדגימה קליטה מוגברת בגפיים התחתונות
13. התובע החל לחוות החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות עמוד השדרה והגפיים התחתונות, הופנה להמשך טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול תרופתי נרקוטי ומעקב רפואי הן במסגרת אורתופדית והן במסגרת מרפאות כאב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים התחתונות, מקושי בכיפוף והרמת משאות, מקושי בעמידה, הליכה ושיבה ממושכות, מקושי במעברים וחוסר יציבות, מקשיי ריכוז וכאבים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע משמש בתפקיד מבצעי בגוף בטחוני, במקביל ללימודי תואר ראשון במדעי החברה באוניברסיטת בר אילן, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו ולימודיו האקדמיים, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן, הוא מתקשה בביצוע מטלות בעצימות גבוהה, קידומו ולימודיו נפגעו ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|---|
| 135,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 20,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 8,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 20,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה וחבות (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 63)	11
נספח 3: טופס 1- אורתופד - הפול (עמודים 65 עד 65)	65
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 67 עד 70)	67



נספח 1 :

אישור משטרה וחיבות

(עמודים 7 עד 9)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים
יחידה תחנת ראשון לציון שפלה
תאריך 03/02/2021 כ"א שבט תשפ"א 13:57
מס' תיק מסוף 9 - 2021 - 5833 - 5210
טלפון
כתובת זבטינסקי 106, ראשון לציון
נושא המסמך

לכל המעוניין
1. תאריך התאונה: 02/02/2021 בשעה 17:00
2. מקום התאונה: תל אביב יפו דרך נמיר בכביש עירוני
הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
65284601	אופנוע	סאן יאנג טיואן
הפול הישראלי	חברת ביטוח	מספר פוליסה
		2041190105122100
		סוג לוחית ישראלית
(1) שיוך המעורב	ת.ז.	שם
נהג	204518435	לידור בנימיני
כתובת		מספר פוליסה
בית דגן, לילך 43		2041190105122100
		סוג לוחית ישראלית
(1) שיוך המעורב	ת.ז.	שם
נהג	206017600	ספיר רוש
כתובת		מספר פוליסה
חיפה, תענך 2		2041190105122100
		סוג לוחית ישראלית

4. פרטי הולכי רגל: מתאריך: 03/02/2021
5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק	שם פרטי	שם משפחה
מ"א	מר	כהן
1065184		
פרטי השוטר המוסר	שם פרטי	שם משפחה
מ"א	מר	כהן
1065184		

אישור מטעם
 03-02-2021
 א.א.א.א.א.א.





רשיון נהיגה
מדינת ישראל
DRIVING LICENCE
STATE OF ISRAEL



רוש

1. ROSH

ספיר

2. SAPIR

3. 26.09.1995

4. ב' בתשרי התשנ"ו

4b. 26.09.2029

5. 9614289

8. תענך 2 חיפה

4a. 06.08.2019

4d. ID 206017600

7600



7600

9. B



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 63)



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 12:33, 03/02/21
אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11619216

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

בנימיני לידור

ת.ז.: 20451843-5	מין: זכר	ת.לידה: 14/05/1993	גיל: 27 ש
שם האב: ארז	טל: 050-7997237	טל: 052-3997888	שם האם: גילה
מצב משפחתי: ר	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: לילך 43, בית דגן, 5020000			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים	גורם מפנה: כללית	מבטח: בנימיני לידור, 20451843-5
תאריך קליטה במיון: 03/02/21	שעה: 11:26	
תאריך קליטה בבי"ח: 03/02/21	שעה: 11:26	

אבחנות נוכחיות

924.11 - CONTUSION OF KNEE
922.31 - BACK CONTUSION
E929.0 - LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 27, בריא
ללא טיפול תרופתי קבוע
ללא לרגיות ידועות.

לדבריו אתמול מעורב בתאונת דרכים כרוכב קטנוע.
היה עם ציוד מגן.
רכב נכנס בו מאחור.
ללא חבלת ראש ישיר.
ללא איבוד הכרה

ללא איבוד שליטה על סוגרים.
מלין על כאבים בצוואר ובגב תחתון.

בבדיקת: הליכה בתבנית תקינה, ללא ליסט.
עומד על קצות האצבעות והעקבים.
הגבלה אנטלגית בטווחי תנועה של עמוד השדרה הלומברי.
רגישות דיפוזית לאורך עמוד השדרה מגובה T4 ומטה.
טווח תנועות כתפיים מלא, כוח גס גפים עליונים שמור, תחושה שמורה, דפקים רדיאליים נמושו.
כוח גס גפיים תחתונים שמור, תחושה שמורה, רפלקסים פטלרים תקינים.

בנוסף מלין על כאבים בברך שמאל.

בבדיקת ברך: מנח ברך בוארוס דו"צ, ללא חום אודם מקומי או תפליט.
טווחים מלאים.

לחמן +1, מגירה +1. סימטרי לצד שני עם END POINT טוב.
מעט פתיחה לטרלית, סימטרי לצד שני עם END POINT טוב.
טסטים מנסיקאילים בברך שמאל מפיקים כאב בקדמת הברך.

בצילומי עמוד שדרה: יישור לורדוזיס צוואר, ללא עדות לשבר או פריקה.

לסיכום: חבלות יבשות.

משוחרר עם ההמלצות הבאות:

מצב המטופל בשחרור ממיון



תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1g' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לאזורי כאב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

טיפול תרופתי להמשך

P.O ROKACET PLUS CAPLET (CODEINE PHOSPHATE)

מיון: 2 קפלויות x 3 פעמים ביום למשך 5 ימים

שוחרר בליווי

מוזר רפואי שמרן (אשראי)
חטיבת אורטופדיה
15.02.2021
ד"ר יובל יוסף
מ.ר. 355

חתימה

רופא מאשר: דר. לוטן, יובל

חתימה: _____

מספר רשיון: 140985

12:34 03/02/21



מרכז רפואי שמי (אשה"ר)
חטיבת אורולוגיה
14.02.21
ד"ר יובל לוטן מתמחה



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך: 03/02/21 12:33

מחלקה: מיון אורתופד

מרשם רפואי

מס' זיהוי: 20451843-5
קופ"ח: כללית
טלפון: 050-7997237

שם המטופל: בנימיני לידור
גיל: 27 ש
כתובת: לילך 43 בית דגן

ROKACET PLUS CAPLET
CODEINE PHOSPHATE 15MG
PARACETAMOL 500MG
CAFFEINE ANHYDROUS 50MG

2 קפלויות, 3 X פעמים ביום במשך 5 ימים

מרשם רפואי שמיר (אסף הרופא)
חטיבת אורתופדיה
ר"ר יוליה זוטן מתמחה
445987
מ.ר. 145987



שם הרופא: מס' רשיון:

חתימה: חותמת:

טל:

תוקף המרשם 48 שעות בלבד

04/02/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

בנימיני לידור		00-20451843-5	27.08	ז	14/05/1993	ארז
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43	50	7997237	3	9604016
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140076543

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140076543

תז נבדק



0204518435

מספר רשיון



023368

לכבוד: רופא אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	70017



הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021:
עברת תאונת דרכים
מיתלונן על כאב צוואר וגב
דורש יעוץ רופא מיון
04/02/2021:

סימנים חיוניים: גובה 170 27/07/2014 משקל 63 27/07/2014 bmi 21.80

לחץ דם 80 / 110 03/01/2020

דופק 80 03/01/2020 סדיר

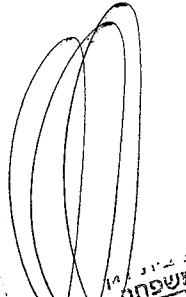
17/03/2020 מתאריך 113.71 eGFR

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 03/02/2021:
כניסת אויר תקינה, אין ציפצופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.
כולות לב בנורמה אין אישה. דופק סדיר.
בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מנינגילים.
פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצוואר.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית
ההפניות שהופקו ב 03/02/2021
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
04/02/2021


רופא משפחה
חתימה וחזתמת הרופא

מטרת הבדיקה: המלצות

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר אדריאן וידרה

23368

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



הפניה לרפואה יועצת
בנימיני לידור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
04/02/2021
00-20451843-5
הודפס ע"י ד"ר אדריאן וידרה

04/02/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		00-20451843-5		27.08	ז	14/05/1993	ארז
מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב		
בית דגן		לילך	43	7997237	50	9604016 - 3	
ישוב		רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
	E813		ROAD ACCIDENT

מומלץ על מנוחה מתאריך 03/02/2021 עד תאריך 07/02/2021 ועד בכלל 5 סה"כ ימי מחלה

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אדריאן וידרה	23368	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה
בנימיני לידור
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
04/02/2021
00-20451843-5
הודפס ע"י ד"ר אדריאן וידרה
דף 1 מ 1

תאריך 24/02/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	27.09	ז	14/05/1993	ארז
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
בית דגן	לילך	43	7997237	50	9604016 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/02/2021

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 02/02/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.

בדיקה גופנית: רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין



קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
9241	Lt	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

סיכום והמלצות: מומלץ להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב-6 שבועות הקרובים

בברכה,

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 24373

שם הרופא מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

תאריך 24/02/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	27.09	ז	14/05/1993	ארז
שם המטופל	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43		50	3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף
				-7997237	9604016

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

מספר הפניה: 32061755746

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061755746

תז נבדק



0204518435

רשיון רופא



024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.

ממצאים קליניים רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. ניורוסקולרי תקין

חתימה וחוקמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7 ה.ר.ו

07/03/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					בנימיני לידור	
00-20451843-5	27.09	ז	14/05/1993	ארז	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת.לידה	שם האב		
43	50	7997237	3	9604016	לילך	בית דגן
מס בית	טלפון	טלפון נוסף			רחוב	ישוב

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140077217

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140077217

תז נבדק



0204518435

רשיון רופא



107636

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017



המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021:

עברת תאונת דרכים

מיתלונן על כאב צוואר וגב

דורש יעוץ רופא מיון

04/02/2021

07/03/2021

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות הקרובים

הופנה לפיזיותרפיה

המטופל מעונין ומבקש לבצע CT

סימנים חיוניים גובה 170 נמדד ב: 27/07/2014 משקל 63 נמדד ב: 27/07/2014 BMI 21.80

לחץ דם 110 /80 נמדד ב: 03/01/2020

דופק 80 נמדד ב: 03/01/2020 סדיר

17/03/2020 מתאריך 113.71 eGFR

ממצאים עיקריים

ממצאים מתאריך 04/02/2021:

ממצאים מתאריך 03/02/2021:

כניסת אויר תקינה, אין ציפופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.
 כולות לב בנורמה אין איושה. דופק סדיר.
 בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מניגלים.
 פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצואר.
 בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.
 אין סימנים חיצוניים.

04/02/2021:

07/03/2021:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021:

ההפניות שהופקו ב 03/02/2021:

הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

04/02/2021:

ההפניות שהופקו ב 04/02/2021:

הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד

07/03/2021:

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

107636

ד"ר מוחמד מחאמיד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
 מפורסמת באתר הכללית



07/03/2021 תאריך

טופס בקשה

פרטי המטופל

00-20451843-5		27.09	14/05/1993	ארץ	בנימיני לידור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בית דגן	רחוב	43	מס בית	50	9604016 - 3
ישוב	לילך	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



5140

תז נבדק



0204518435

מספר רשיון



107636

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

תלונות המטופל הנ"ל עדיין סובל מכאבי גב מאז שהיה מעורב בתאונת דרכים מלפני כחודש

סימנים חיוניים 170 גובה 07/03/2021 משקל 67 07/03/2021 bmi 23.18

לחץ דם 110 / 80 03/01/2020

דופק 80 03/01/2020 סדיר

17/03/2020 מתאריך 113.71 eGFR

107636

מספר רשיון

ד"ר מוחמד מחאמיד

[Handwritten signature]

08/03/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
בנימיני לידור					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	14/05/1993	ארץ
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	ארץ
בית דגן	לילך	43	-7997237	50	-9604016
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
					3

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35221068342



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
 נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
 לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
 נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010



המטופל מתלון על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/03/2021:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021:

עברת תאונת דרכים
 מיתלון על כאב צוואר וגב
 דורש יעוץ רופא מיון
 04/02/2021:
 07/03/2021:

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות
 הקרובים
 הופנה לפיזיותרפיה
 המטופל מעונין ומבקש לבצע CT
 08/03/2021:
 בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי

סימנים חיוניים גובה 170 נמדד ב: 07/03/2021 משקל 67 נמדד ב: 07/03/2021 BMI 23.18

לחץ דם 80 110 נמדד ב: 03/01/2020

דופק 80 נמדד ב: 03/01/2020 סדיר

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/03/2021 00-20451843-5 הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

הפניה לדימות

בנימיני לידור

ממצאים עיקריים ממצאים מתאריך 07/03/2021

ממצאים מתאריך 04/02/2021

ממצאים מתאריך 03/02/2021

כניסת אויר תקינה, אין ציפופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.

כולות לב בנורמה אין אישה. דופק סדיר.

בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מנינגילים.

פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצואר.

בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.

אין סימנים חיצוניים.

04/02/2021

07/03/2021

08/03/2021

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/03/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 03/02/2021:

הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 04/02/2021:

הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד

07/03/2021

ההפניות שהופקו ב 07/03/2021:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו , טופס בקשה - , טופס

בקשה -

08/03/2021

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

107636

ד"ר מוחמד מחאמיד

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 18 מרץ, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 204518435

שם נבדק/ת: בנימיני, לידור

תאריך בדיקה: 09/03/2021

טלפון: 050 - 7997237 050 - 7997237
רופא מפנה/מטפל: מחאמיד מוחמד

0043

לילך,

כתובת: בית דגן
גורם מפנה: המרכז
מדפיסה: אפ

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

התווייה: עבר תאונת דרכים. מתלונן על כאב בצוואר ובגב.

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד השדרה הצווארי בגבהים C1-D3 במנח אקסיאלי:

המבנה הגרמי והמפרקי של החוליות - ללא ממצא מיוחד.

אין עדות לשבר.

אין לזהות פתולוגיה דיסקאלית.

אין עדות להיצרות ספינאלית.

אין עדות להיצרות פורמינאלית.



לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 3

תאריך הדפסה: 18 מרץ, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 204518435

שם נבדק/ת: בנימיני
תאריך בדיקה: 09/03/2021
לידור

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני סקרלי במנח אקסיאלי:
הסריקה בוצעה בהגדלה ובחתכים דקים וצמודים בזווית המקבילה למרווחים הדיסקליים הבין-חולייתיים בגבהים: L5-S1; L4-L5; L3-L4; L2-L3; L1-L2; D12-L1; D11-D12

אין עדות לשבר.
המבנה הגרמי והמפרקי שמור.

סריקת D11-L1: ללא ממצא מיוחד.

סריקת L1-L2: השומן האפי-דורלי וליגמנטוס פלאבוס תקינים.
התעלה התת-עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.
סחוס הדיסקית הבין-חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.
אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל- SPINAL STENOSIS.

סריקת L2-L3: השומן האפי-דורלי וליגמנטוס פלאבוס תקינים.
התעלה התת-עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.
סחוס הדיסקית הבין-חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.
אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל- SPINAL STENOSIS.

סריקת L3-L4: השומן האפי-דורלי וליגמנטוס פלאבוס תקינים.
התעלה התת-עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.
סחוס הדיסקית הבין-חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.
אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל- SPINAL STENOSIS.

סריקת L4-L5: השומן האפי-דורלי וליגמנטוס פלאבוס תקינים.
התעלה התת-עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.
סחוס הדיסקית הבין-חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.
אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל- SPINAL STENOSIS.

סריקת L5-S1: השומן האפי-דורלי וליגמנטוס פלאבוס תקינים.
התעלה התת-עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.
סחוס הדיסקית הבין-חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.
אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל- SPINAL STENOSIS.

דק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

21/03/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

בנימיני לידור

00-20451843-5

27.10

ז

14/05/1993

ארז

שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת.לידה
שם האב
שם האב
לילך
בית דגן
רחוב
מס בית
טלפון
טלפון נוסף
3 - 9604016
50 - 7997237
43
מס בית
טלפון
טלפון נוסף

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140077538

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140077538

תז נבדק



0204518435

מספר רשיון



023368

לכבוד: רופא אורתופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	70017



הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021

עברת תאונת דרכים
מיתלונן על כאב צוואר וגב
דורש יעוץ רופא מיון
04/02/2021
07/03/2021

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות
הקרובים

הופנה לפיזיותרפיה
המטופל מעונין ומבקש לבצע CT
08/03/2021

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי
14/03/2021

CT עמוד שדרה גבי
21/03/2021

מיתלונן על כאב בגב תחתון
CT תקין

יש צורך להמשיך בירור אורתופד

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

הפניה לרפואה יועצת

21/03/2021

הודפס ע"י ד"ר אדריאן וידרה 00-20451843-5

בנימיני לידור

סימנים חיוניים: גובה 170 07/03/2021 משקל 67 07/03/2021 bmi 23.18

לחץ דם 80 / 110 03/01/2020

דופק 80 03/01/2020 סדיר

17/03/2020 מתאריך 113.71 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 14/03/2021

ממצאים מתאריך 08/03/2021

ממצאים מתאריך 07/03/2021

ממצאים מתאריך 04/02/2021

ממצאים מתאריך 03/02/2021

כניסת אויר תקינה, אין ציפופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.

כולות לב בנורמה אין אישה. דופק סדיר.

בדיקה נרולוגית תקינה אין סימנים מניגלים.

פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצואר.

בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.

אין סימנים חיצוניים.

04/02/2021

07/03/2021

08/03/2021

14/03/2021

21/03/2021

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/03/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 03/02/2021

הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 04/02/2021

הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד

07/03/2021

ההפניות שהופקו ב 07/03/2021

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו , טופס בקשה - , טופס

בקשה -

08/03/2021

ההפניות שהופקו ב 08/03/2021

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

14/03/2021

ההפניות שהופקו ב 14/03/2021

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב

21/03/2021

תאריך 26/03/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

בנימיני לידור

00-20451843-5

14/05/1993

ז

27.10

ארז

שם האב

ת.לידה

מין

גיל

מס זהות

שם משפחה ושם פרטי

9604016 - 3

טלפון נוסף

7997237 - 50

טלפון

43

מס בית

לילך

רחוב

בית דגן

ישוב

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061763123

מספר הפניה:

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061763123

תז נבדק



0204518435

רשיון רופא



024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב
80015	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015	97001

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט
פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית
בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות
שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי

חתימה וחותמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציון בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

ה.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

בנימיני לידור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

00-20451843-5 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

26/03/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל		בנימיני לידור	
שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	ז	27.10
שם האב	מס זהות	ת.לידה	14/05/1993
בית דגן	לילך	מין	א
ישוב	רחוב	טלפון	9604016 - 3
מס בית	43	טלפון	7997237 - 50

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

לום רב,

תאריך הביקור: 26/03/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט
פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עם צווארי ומוותני - ב.מ.פ.

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית
בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות
שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. ניוורסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW-BACK PAIN
9241	Lt	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
7245		BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 24/02/2021:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
26/03/2021

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

סיכום והמלצות: מומלץ להמנע מפעילות גופנית מאומצת לעוד 6 שבועות

בברכה,

חתימה וחותמת הרופא

24373

מס' רשיון

שם הרופא

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

סיכום ביקור

בנימיני לידור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

26/03/2021

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00-20451843-5

תאריך: 09/05/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל				
בנימיני לידור				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	14/05/1993
שם האב	מס בית	טלפון	מין	ת. לידה
בית דגן	לילך	רחוב	43	50 - 7997237
ישוב	טלפון נוסף	3	9604016	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 02/02/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140078641

גורם שולח
5140

מספר הפניה
035140078641

תז נבדק
0204518435

רשיון רופא
023368

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמוד שדרה גבי



שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה גבי	10304015

המטופל מתלונן על:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 21/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 14/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 08/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 07/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 04/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 03/02/2021

עברת תאונת דרכים
מיתלונן על כאב צוואר וגב
דורש יעוץ רופא מיון
04/02/2021
07/03/2021

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות
הקרובים
הופנה לפיזיותרפיה
המטופל מעונין ומבקש לבצע CT
08/03/2021

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

דף 1 מ 3

09/05/2021

הודפס ע"י ד"ר אדריאן וידרה 00-20451843-5

הפניה לדימות

בנימיני לידור

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי
14/03/2021
CT עמוד שדרה גבי
21/03/2021
מיתלונן על כאב בגב תחתון
CT תקין
יש צורך להמשיך בירור אורתופד
09/05/2021

סימנים חיוניים גובה 170 נמדד ב: 07/03/2021 משקל 67 נמדד ב: 07/03/2021 BMI 23.18

לחץ דם 110 / 80 נמדד ב: 03/01/2020

דופק 80 נמדד ב: 03/01/2020 סדיר

eGFR 113.71 מתאריך 17/03/2020

ממצאים עיקריים
ממצאים מתאריך 21/03/2021
ממצאים מתאריך 14/03/2021
ממצאים מתאריך 08/03/2021
ממצאים מתאריך 07/03/2021
ממצאים מתאריך 04/02/2021
ממצאים מתאריך 03/02/2021
כניסת אויר תקינה, אין ציפצופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.
כולות לב בנורמה אין אישה. דופק סדיר.
בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מניגלים.
פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצואר.
בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.
אין סימנים חיצוניים.
04/02/2021
07/03/2021
08/03/2021
14/03/2021
21/03/2021
09/05/2021



אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021
ההפניות שהופקו ב 03/02/2021
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
04/02/2021
ההפניות שהופקו ב 04/02/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
07/03/2021
ההפניות שהופקו ב 07/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו , טופס בקשה - , טופס
בקשה -
08/03/2021
ההפניות שהופקו ב 08/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 3

09/05/2021

הודפס ע"י ד"ר אדריאן וידרה 00-20451843-5

הפניה לדימות

בנימיני לידור

14/03/2021
ההפניות שהופקו ב 14/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב
21/03/2021
ההפניות שהופקו ב 21/03/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
09/05/2021

הערות: **בירור**

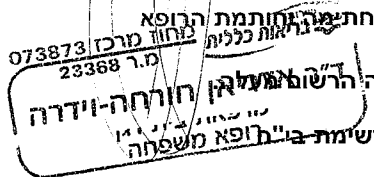
לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

23368

ד"ר אדריאן וידרה

מספר רשיון

שם הרופא



בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשומה
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח רופא משפחה
מפורסמת באתר הכללית



סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 31 מאי, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: בנימיני, לידור
תאריך בדיקה: 18/05/2021
כתובת: בית דגן, לילך, 0043
050
גורם מפנה: המרכז
מדפיסה: רא
ת.ז.: 204518435
טלפון: 050 - 7997237 - 7997237
רופא מפנה/מטפל: וידרה אדריאן ח

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה גבי:

אין עדות לבלט או פריצה של הדיסק הבין חוליתי.
אין עדות לשינויים ניווניים במפרקים הפצטלים והקוסטו-ורטברליים.
מבנה גרמי תקין.
אין עדות להיצרות גרמית של התעלות הנאורליות או של התעלה הספינלית.
סקוליוזיס גבית קלה קמורה ימינה.
דיסקים תקינים.
רקמות רכות ללא ממצא פתולוגי.

בברכה,

ד"ר אינה דבורין
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 34834 מ.ר.מ. 29800

**לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.**

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

תאריך 05/07/2021

סיכום מידע רפואי

מיועד ל - לכל המעוניין

פרטי המטופל				בנימיני לידור	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	14/05/1993	ארז
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43	7997237	50	9604016
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

נרשם על סמך הרשום בתיק

משקל 67 גובה 170 לחץ דם 110 / 80 מעשן מעולם לא bmi 23.18

אבחנה -מצב בריאותי

הערות ממליץ על עבודה מישרדי שבועיים

שם הרופא	ד"ר אדריאן וידרה	מספר רישיון	23368	נחתם דיגיטלית**
חתימה וחנות הרופא		חתימה וחנות הרופא		

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.
קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שברישום מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופס/ו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.
כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

01/08/2021 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל				
בנימיני לידור				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	ארץ
שם האב	14/05/1933	28.03	ז	3
9604016 - 3	7997237 - 50	43	טלפון	טלפון נוסף
בית דגן	לילך	רחוב	רחוב	רחוב
ישוב	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210596259 מספר זיהוי הפניה: 32061763123

תאריך הפניה: 26/03/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

רשיון רופא: 24373

מרפאה: מרפאת פינסקר

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
7245	אבחנה	BACKACHE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
7245	אבחנה	PAIN BACK

תאריך תחילת טיפול: 18/04/2021 תאריך סיום טיפול: 01/08/2021

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 8 קבוצתי: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 2

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
8	תרגילי גמישות
6	טיפול ב-TENS
4	טיפול ב-Hot Pack
6	הדרכה לתרגול בבית
5	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה
2	תרגילי חיזוק
1	הערכה מחדש- בדיקה

01/08/2021 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

בנימיני לידור		00-20451843-5	28.02	ז	14/05/1993	ארז
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43			50	3
ישוב	רחוב	מס בית				
		/				
			טלפון	טלפון נוסף		

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210594729 מספר זיהוי הפניה: 32061755746

תאריך הפניה: 24/02/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

רשיון רופא: 24373

מרפאה: מרפאת פינסקר

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אפיין	אבחנה
	7242		LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 08/03/2021 תאריך סיום טיפול: 16/04/2021

מס' ביקורים בפועל: 7 פרטני: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
7	טיפול עם מכשיר זרמים
8	תרגילי גמישות
5	תרגילי חיזוק
5	הדרכה לתרגול בבית
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	8	7

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: סיום טיפול.

בקבלתו:

בן 27, עבודה פיזית. (לא פירט)

לדבריו, ב 2.2.21, נסע על קטנוע, רכב שהגיע מאחוריו התנגש בו ונפל.

נחבל בגב ובצוואר, ובברך שמאל.

יום למחרת פנה למיון המרכז הרפואי שמיר, בוצע XRAY בו שללו שברים. טופל

במשככי כאב ושחרר.

מצב בקבלה: ממשיך לסבול מכאבים בגב התחתון דו"צ, מתאר כאב קבוע, מעיר משינה בלילה,

מתגבר בפעולות עם רכינה. ישיבה ועמידה ממושכים.

לוקח משככי כאב פעמיים ביום.

שולל הירדמויות/עקצוצים/נימולים.

מצב היום: שיפור קל בכאב במנוחה. ללא שיפור בכאב בתפקודים הרלוונטיים.

הוֹדֵרְךָ לַהֲמַשֵּׁךְ תִּרְגֹּל בְּבֵית.

המטופל ביקר במכון בתאריכים: 16/04/2021

06/04/2021

04/04/2021

30/03/2021

26/03/2021

10/03/2021

08/03/2021

חאלד אברהים

שם מטפל

10134591

מספר רשיון

חתימה וחתימת

2 מ 2 קד

01/08/2021

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

00-20451843-5 הודפס ע"י חאלד אברהים

סיכום טיפול

בנימיני לידור

09/09/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל	בנימיני לידור	00-20451843-5	28.04	14/05/1993	ארז
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	שם האב
שם	מס בית	רחוב	לילך	50 - 7997237	9604016 - 3
בית דגן	מס בית	רחוב	לילך	50 - 7997237	9604016 - 3
ישוב	מס בית	רחוב	לילך	50 - 7997237	9604016 - 3

02/02/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32061801206

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061801206

תז נבדק



0204518435

רשיון רופא



024373

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
73699	78320	מיפוי עצמות- SPECT	רפואי
			21207040

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט
פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עם צווארי ומוותני - ב.מ.פ.
09/09/2021: עדיין סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית
בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות
שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי
09/09/2021: רגישות בצוואר, גב תחתון וברך שמאל עם הגבלה בתנועות.
נירוסקולרי תקין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
9241	Lt	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
7245		BACKACHE

הפניה לדימות

בנימיני לידור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

09/09/2021 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00-20451843-5

14/09/2021	ת. ביצוע:	20451843-	ת"ז:	לידור בנימיני	נבדק:
		5			
14/09/2021	ת. פיענוח:	28 שנים	גיל:	14/05/1993	תאריך לידה:
14/09/2021	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז מרכז, (70000)	מוסד מפנה:
				מרפאת פינסקר, (73210)	גורם מפנה:
				אלכסנדר רובינשטיין, (24373)	רופא מפנה:

מיפוי עצמות חד שלבי

פעולות שבוצעו:

מיפוי עצמות חד שלבי בתאריך 14/09/2021 13:01 מ.ג.: 1235001835208 מבצע: טל וורגפס;
מיפוי עצמות SPECT - במסגרת מיפוי עצמות חד שלבי; מיפוי עצמות סריקה כל גופית - במסגרת מיפוי עצמות חד שלבי; מיפוי עצמות צילומים מכוונים לאזור - במסגרת מיפוי עצמות חד שלבי;

חומר איזוטופי:

שם החומר: Tc-99m MDP, אקטיביות: 20 mCi, אקטיביות: 740 MBq

סיבת ההפניה:

תאונת דרכים, כאבים בעמוד שדרה צברי, גב תחתון, ברך שמאל.

שיטת הבדיקה:

ממצאים:

הודגמה קליטה מוגברת באספקט לטרלי קדמי של קונדיל טיביאלי בברך ימין.
קליטת יתר קלה באספקט אחורי של קרסול ימין.
פרט לכך אין לראות קליטת חומר פתולוגית בשאר עצמות השלד כולל עמוד שדרה כולו וברך שמאל.

סיכום:

הממצאים בברך ימין וקרסול מאותו צד יכולים להיות על רקע טנדיניטיס. ללא שינוי משמעותי לעומת בדיקה קודמת מ-2018

14/9/2021 14:54

מספר רשיון: 128933
מספר רשיון: 36420

אושרר ע"י: ד"ר סבטלנה גולדברג
רופא מפענח נוסף: ד"ר ולדלן סימונובסקי

תאריך 12/10/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

בנימיני לידור

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	28.05	ז	14/05/1993	ארז
שם האב	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	שם האב
בית דגן	לילך	43	50	7997237	50
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/10/2021
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עמ"ש צווארי ומותני - ב.מ.פ.
09/09/2021: עדיין סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל
12/10/2021: מיפוי - קליטה בברך שמאל וקרסול ימין של אנטזופטיה. כאבים ללא שינוי

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי
09/09/2021: רגישות בצוואר, גב תחתון וברך שמאל עם הגבלה בתנועות.
נירוסקולרי תקין
12/10/2021: ללא שינוי

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
9241	Lt	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
7245		BACKACHE

סיכום והמלצות: מומלץ פעילות גופנית מטונה - טאי צ'י

בברכה,

חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא
מס' רשיון
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
24373

גיל המטופל: 28.06

תאריך ביקור: 18/11/2021

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/07/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021

עברת תאונת דרכים
מיתלון על כאב צוואר וגב

דורש יעוץ רופא מיון

04/02/2021

07/03/2021

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות הקרובים
הופנה לפיזיותרפיה

המטופל מעונין ומבקש לבצע CT

08/03/2021

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי

14/03/2021

CT עמוד שדרה גבי

21/03/2021

מיתלון על כאב בגב תחתון

CT תקין

יש צורך להמשיך בירור אורתופד

09/05/2021

05/07/2021

18/11/2021

מיתלון על החמרת מצב בריאות סובל מכאב צוואר ו גב עבר יעוץ אורתופד ו קיבל
טיפול פיזיותרפיה.

סימנים חיוניים

גובה: 170 נמדד ב: 07/03/2021

משקל: 67 נמדד ב: 07/03/2021

BMI: 23.18

לחץ דם: 80 / 110 נמדד ב: 03/01/2020 דופק: 80 סדיר נמדד ב: 03/01/2020

eGFR: 113.71 מתאריך: 17/03/2020

ממצאים: ממצאים מתאריך 05/07/2021

ממצאים מתאריך 09/05/2021

ממצאים מתאריך 21/03/2021

ממצאים מתאריך 14/03/2021
ממצאים מתאריך 08/03/2021
ממצאים מתאריך 07/03/2021
ממצאים מתאריך 04/02/2021
ממצאים מתאריך 03/02/2021

כניסת אויר תקינה, אין ציפופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.
כולות לב בנורמה אין אישה. דופק סדיר.
בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מנינגליים.
פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצוואר.
בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.
אין סימנים חיצוניים.

04/02/2021
07/03/2021
08/03/2021
14/03/2021
21/03/2021
09/05/2021
05/07/2021
18/11/2021

קוד	אפיין	אבחנה
7245 A82		BACKACHE LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/07/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 03/02/2021
הפניה למיין - 70069-ביקור במיין
04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 04/02/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
07/03/2021

ההפניות שהופקו ב 07/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו , טופס בקשה - , טופס בקשה -
08/03/2021

ההפניות שהופקו ב 08/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
14/03/2021

ההפניות שהופקו ב 14/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב
21/03/2021

ההפניות שהופקו ב 21/03/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
09/05/2021

ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב
05/07/2021
18/11/2021

ממליץ לחזור לרופא אורתופד המטפל
ו עד אז עובדות קלות

פרטי עדכון

Scanned with CamScanner

שם מרפאה: מרפאת בית דגן
קוד מרפאה: 5140
קוד מחוז: 07

תאריך עדכון: 18/11/2021
רופא מעדכן: ד"ר אדריאן וידרה
מס רשיון: 23368
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי



תאריך 06/01/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	28.08	ז	14/05/1993	אח
מס זרות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
בית דגן	לילך	43	50	7997237	50
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/01/2022
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עמ"ש צווארי ומותני - ב.מ.פ.
09/09/2021: עדיין סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל
12/10/2021: מפיץ - קליטה בברך שמאל וקרסול ימין של אנטזופטיה. כאבים ללא שינוי
06/01/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר וגב תחתון בתקופה אחרונה

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. ניורסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי
09/09/2021: רגישות בצוואר, גב תחתון וברך שמאל עם הגבלה בתנועות. ניורסקולרי תקין
12/10/2021: ללא שינוי
06/01/2022: רגישות בצוואר וגב תחתון עם הגבלה בתנועות. ניורסקולרי תקין

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
9241	LI	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
7245		BACKACHE

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

תרופות בביקור									
P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך D	פ
			0	0	N	יחידה	20	20	1
			0	0	N	יחידה	20	20	2
						מריחה			
						CR			
						TAB			
						מנה			
						1			
						תרופה			
						BREXIN 20MG (M) TAB 20MG			
						RADIAN B MASSAGE 100GM CR CF			

סיכום ביקור
בנימיני לידור
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
06/01/2022
00-20451843-5
הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BREXIN 20MG (M) TAB 20MG
					RADIAN B MASSAGE 100GM CR CF

התראת תרופות:

בברכה,

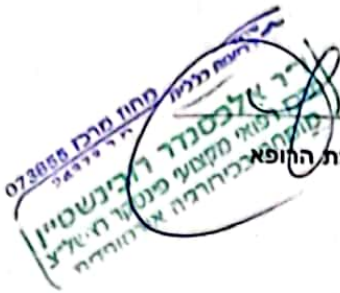
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחוקת הרופא



דף 2 מ 2

06/01/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00-20451843-5

סיכום ביקור

בנימיני לידור

תאריך 06/01/2022

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		בנימיני לידור	
שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	28.08	14/05/1993
מס זהות	גיל	ז	ת.לידה
שם האב	50	7997237	50
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	לילך
בית דגן	רחוב	מס בית	ישוב

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061828027

32061828027

תז נבדק



0204518435

מספר הפניה:

רשיון חפא



024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עם צווארי ומותני - ב.מ.פ.
09/09/2021: עדיין סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל
12/10/2021: מיפוי - קליטה בברך שמאל וקרוסול ימין של אנטזופטיה. כאבים ללא שינוי
06/01/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר וגב תחתון בתקופה אחרונה

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי
09/09/2021: רגישות בצוואר, גב תחתון וברך שמאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין
12/10/2021: ללא שינוי
06/01/2022: רגישות בצוואר וגב תחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין

7 ה.ר.0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20451843-5 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

הפניה לפיזיותרפיה

בנימיני לידור

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא

מספר רשיון

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

מחוז מרכז 073856
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
מרכז רפואי מקצועי פנימי
תומחה בכירורגיה אורולוגיה



ס.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

בנימיני לידור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-20451843-5

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

דף 2 מ 2

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
אורתופדיה
24373
יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
03-9681888
03-9681842

תאריך 06/01/2022

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		בנימיני לידור	
שם משפחה ושם פרטי	00-20451843-5	ז	28.08
מס זהות	14/05/1993	א.ר.	שם האב
שם האב	50 - 7997237	ת.לידה	טלפון נוסף
בית דגן	לילך	מס בית	43
ישוב	רחוב	טלפון	50 - 7997237

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח
2061

מספר הפניה
032061828028

מספר הפניה: 32061828028
תז נבדק
0204518435

רשיון רופא
024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/02/2021:
עבר ת.ד. עם קטנוע, סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל. נוטל רוקסט פלוס פעמיים ביום. מוגבלת בפעילות יום ימי.
26/03/2021: כאבים ללא שינוי. CT עמ"ש צווארי ומוותני - ב.מ.פ.
09/09/2021: עדיין סובל מכאבי צוואר, גב תחתון וברך שמאל
12/10/2021: מיפוי - קליטה בברך שמאל וקרוסול ימין של אנטזופטיה. כאבים ללא שינוי
06/01/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר וגב תחתון בתקופה אחרונה

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 24/02/2021:
רגישות בצוואר עם הגבלה קלה בתנועות. רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. רגישות בברך שמאל ללא נפיחות. טווח תנועות מלא אך כאוב. יציבות שמורה. סמנים מניסקליים שלילים. נירוסקולרי תקין
26/03/2021: ללא שינוי
09/09/2021: רגישות בצוואר, גב תחתון וברך שמאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין
12/10/2021: ללא שינוי
06/01/2022: רגישות בצוואר וגב תחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-20451843-5 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

הפניה לפיזיותרפיה
בנימיני לידור

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

מחוז מרכז 0738866
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
מרכז רפואי מקצועי פנימי
מומחה בכירורגיה אורו מומחה



ה.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00-20451843-5

בנימיני לידור

תאריך: 18/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני לידור	מס זהות:	00204518435	גיל:	29.04	מין:	ז	
ת.לידה:	14/05/1993	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	50-7997237	מס בית:	43
מס בית:	43	טלפון:	50-7997237	מספר רשיון:	107636	מספר הפניה:	35140002175	תאריך תאונה:	02/02/2021

תאריך תאונה: 02/02/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35140002175

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5140



035140002175



0204518435



107636

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
87001	K0604	בדיקת רופא - רפואה משלימה	87001

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

- תלונות
- תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 18/11/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 05/07/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 09/05/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 21/03/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 14/03/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 08/03/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 07/03/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 04/02/2021
 - תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 03/02/2021

עברת תאונת דרכים

מיתלונן על כאב צוואר וגב

דורש יעוץ רופא מיון

04/02/2021

07/03/2021

נבדק ע"י אורתופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות

הקרובים

הופנה לפיזיותרפיה

המטופל מעונין ומבקש לבצע CT

08/03/2021

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי

14/03/2021

CT עמוד שדרה גבי

21/03/2021

מיתלונן על כאב בגב תחתון

CT תקין

יש צורך להמשיך בירור אורתופד

09/05/2021

05/07/2021

18/11/2021

מיתלונן על החמרת מצב בריאות סובל מכאב צוואר וגב עבר יעוץ אורתופד ו

קיבל טיפול פיזיותרפיה.

18/09/2022

מאז התאונה כאבים בצוואר בגב וברך שמאל.

טופל בפיזיותרפיה, רוקט פלוס עם הטבה זמנית

סימנים חיוניים: גובה 170 07/03/2021 משקל 67 07/03/2021 bmi 23.18

סה"כ 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

בנימיני לידור

18/09/2022

הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

00204518435

תאריך: 18/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	מס זהות: 00204518435	גיל: 29.04	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	בנימיני לידור	רחוב: לילך	
ת.לידה: 14/05/1993	ישוב: בית דגן	טלפון נוסף: 50-7997237	
מס בית: 43	טלפון: 50-7997237		

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140002174

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5140



035140002174



0204518435



107636

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/07/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021

עברת תאונת דרכים

מיתלונן על כאב צוואר וגב

דורש יעוץ רופא מיון

04/02/2021

07/03/2021

נבדק ע"י אורטופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות

הקרובים

הופנה לפיזיותרפיה

המטופל מעונין ומבקש לבצע CT

08/03/2021

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי

14/03/2021

CT עמוד שדרה גבי

21/03/2021

מיתלונן על כאב בגב תחתון

CT תקין

יש צורך להמשיך בירור אורתופד

09/05/2021

05/07/2021

18/11/2021

מיתלונן על החמרת מצב בריאות סובל מכאב צוואר וגב עבר יעוץ אורתופד ו

קיבל טיפול פיזיותרפיה.

18/09/2022

מאז התאונה כאבים בצוואר בגב וברך שמאל.

טופל בפיזיותרפיה, רוקסט פלוס עם הטבה זמנית

סימנים חיוניים: גובה 170 07/03/2021 משקל 67 07/03/2021 bmi 23.18

לחץ דם 80 / 110 03/01/2020

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/09/2022

הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

00204518435

בנימיני לידור

תאריך: 18/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני לידור	מס זהות: 00204518435	גיל: 29.04	מין: ז
ת.לדה: 14/05/1993	ישוב: בית דגן	רחוב: לילך	טלפון נוסף: 50-7997237		
מס בית: 43	טלפון: 50-7997237				

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35140002173

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5140



035140002173



0204518435



107636

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/07/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/03/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/02/2021

עברת תאונת דרכים

מיתלונן על כאב צוואר וגב

דורש יעוץ רופא מיון

04/02/2021

07/03/2021

נבדק ע"י אורתופד המליץ - להמנע מפעילות גופנית מאומצת ב 6 שבועות

הקרובים

הופנה לפיזיותרפיה

המטופל מעונין ומבקש לבצע CT

08/03/2021

בקשה ל-CT עמוד שדרה צווארי

14/03/2021

CT עמוד שדרה גבי

21/03/2021

מיתלונן על כאב בגב תחתון

CT תקין

יש צורך להמשיך בירור אורתופד

09/05/2021

05/07/2021

18/11/2021

מיתלונן על החמרת מצב בריאות סובל מכאב צוואר וגב עבר יעוץ אורתופד ו

קיבל טיפול פיזיותרפיה.

18/09/2022

מאז התאונה כאבים בצוואר בגב וברך שמאל.

טופל בפיזיותרפיה, רוקסט פלוס עם הטבה זמנית

סימנים חיוניים: גובה 170 07/03/2021 משקל 67 07/03/2021 bml 23.18

לחץ דם 110 / 80 03/01/2020

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/09/2022

הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

00204518435

בנימיני לידור

בדיקה

ממצאים מתאריך 18/11/2021
ממצאים מתאריך 05/07/2021
ממצאים מתאריך 09/05/2021
ממצאים מתאריך 21/03/2021
ממצאים מתאריך 14/03/2021
ממצאים מתאריך 08/03/2021
ממצאים מתאריך 07/03/2021
ממצאים מתאריך 04/02/2021
ממצאים מתאריך 03/02/2021

כניסת אויר תקינה, אין ציפופים אין חירחורים אין קוצר נשימה.
כולות לב בנורמה אין איושה. דופק סדיר.
בדיקה נורולוגית תקינה אין סימנים מנינגילים.
פה, גרון ו אוזניים בנורמה. אין בלוטות בצואר.
בטן רכה, אין רגישות. טחול וכבד לא מוגדלים.
אין סימנים חיצוניים.

04/02/2021
07/03/2021
08/03/2021
14/03/2021
21/03/2021
09/05/2021
05/07/2021
18/11/2021
18/09/2022

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7245		BACKACHE
A82		LATE EFFECTS OF TRAUMA

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/07/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/03/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 03/02/2021
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
04/02/2021

ההפניות שהופקו ב 04/02/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
07/03/2021

ההפניות שהופקו ב 07/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו , טופס בקשה - , טופס בקשה -
08/03/2021

ההפניות שהופקו ב 08/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
14/03/2021

ההפניות שהופקו ב 14/03/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב
21/03/2021

ההפניות שהופקו ב 21/03/2021
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד
09/05/2021

ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה גב
05/07/2021

18/11/2021
ממליץ לחזור לרופא אורתופד המטפל

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/09/2022

הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

00204518435

בנימיני לידור

דעתך והמלצתך

ד"ר מוחמד מחאמיד

107636

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



דף 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

18/09/2022

הודפס ע"י ד"ר מוחמד מחאמיד

00204518435

בנימיני לידור

תאריך: 19/10/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי: בנימיני לידור	
מס זיהוי: 00204518435	גיל: 29.05	ת.לדה: 14/05/1993	מס בית: 43
רחוב: לילך	טלפון נוסף: 50-7997237	ישוב: בית דגן	טלפון: 50-7997237

תאריך תאונה: 02/02/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: **35848005967**

גורם שולח



5848

מספר הפניה



035848005967

תז נבדק



0204518435

רשיון רופא



131932

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה בן 29

מ.א תאונת דרכים בתאריך לעיל, כרוכב אופנוע.
מאז מלין על כאבים בגב וברך שמאל,
שולל סיפור של איבוד שליטה על סוגרים.

ממצאים קליניים

תבנית הליכה תקינה, מצליח לעמוד על אצבעות ועל עקבים עם כאב, מוגבל בכיפוף גב תחתון עם כאבים, יישור מלא, מציין רגישות במישוש מעל חוליות מותנית, ללא רגישות מעל SIJ דו"צ, רגישות קלה מעל עכוז משמאל.
ללא רגישות מעל GT,
תחושה וכח גס שמורים, SLR שלילי שולל הקרנה לרגליים.
ברך שמאל- ללא תפליט, ללא רגישות גמרית במישוש מסביב, כאבים בברך שמאל בסוף כיפוף, יציבות שמורה, טסטים מניסקיאלים מקמורי מפיק כאבים, אפלי שלילי.

131932

ד"ר מונדר שחאדה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

תאריך: 19/10/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	בנימיני לידור
ת.לדה:	14/05/1993
מס בית:	43
מס זהות:	00204518435
גיל:	29.05 מין ז
רחוב:	לילך
טלפון נוסף:	50-7997237
בית דגן:	50-7997237

תאריך תאונה 02/02/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35848005968

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
131932	0204518435	035848005968	5848

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד! אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78556	73721	לברך שמאל MRI מ.ת.	10406036

המטופל מתלונן על בן 29

מ.א תאונת דרכים בתאריך לעיל, כרוכב אופנוע.
מאז מלין על כאבים בגב וברך שמאל,
שולל סיפור של איבוד שליטה על סוגרים.

ממצאים עיקריים
תבנית הליכה תקינה, מצליח לעמוד על אצבעות ועל עקבים עם כאב, מוגבל בכיפוף גב תחתון עם כאבים, יישור מלא, מציין רגישות במישוש מעל חוליות מותנית, ללא רגישות מעל SIJ ד"צ, רגישות קלה מעל עכוז משמאל.
ללא רגישות מעל GT,
תחושה וכח גס שמורים, SLR שלילי שולל הקרנה לרגליים.
ברך שמאל- ללא תפליט, ללא רגישות גמרית במישוש מסביב, כאבים בברך שמאל בסוף כיפוף, יציבות שמורה, טסטים מניסקאליים מקמורי מפיק כאבים, אפלי שלילי.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
9241	LI	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
7245		BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית ממליץ על טיפול בפזיותרפיה לגב, השלמת בירור MRI לברך שמאל בשאלה של פגיעה ב מניסקוס.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

1-726121-1
ללידה מלאה לול

131932

ד"ר מונדר שחאדה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

19/10/2022

הודפס ע"י ד"ר מונדר שחאדה

00204518435

בנימיני לידור



015848011494

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

מס' זהות: 00204518435

גיל: 29.05 מין: ז

בנימיני לידור

ביקור עקב תאונת דרכים

000072231

ALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

למשך 10 ימים

טבליות 1 x 3 ביום

תוקף מרשם: 18/01/2023 - 19/10/2022

2-13131-1



מס' רישיון



טלפון: 03-9568333

שם הרופא ד"ר מונדר שחאדה

כתובת: העינב 18, ראשון לציון.

תחום: אורתופדיה

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 19/10/2022

תאריך: 21/10/2022

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי: בנימיני לידור	מס זהות: 00204518435
ת.לידה: 14/05/1993	גיל: 29.05 מין: ז
מס בית: 43	רחוב: לילך
טלפון: 50-7997237	טלפון נוסף: 50-7997237

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	7245		BACKACHE

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/10/2022 עד תאריך: 23/10/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

88102

ד"ר (רופא) אורדי שרף

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	אישור מחלה
21/10/2022	הודפס ע"י ד"ר (רופא) אורדי שרף	בנימיני לידור

סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית קרן

טלפון: 08-9779610

פקס: 08-9779831

ת.ז.: 20451843-5

שם: בנימיני לידור

טלפון: 050-7997237

כתובת: לילך 43 בית דגן 5020000

מין: ז

גיל: 29 ש

מקרה: 34348212

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
MRI ברך, ללא חומר ניגוד	00:48	20/11/2022

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

בריאן אסף יוסף

תיאור הבדיקה והמצאים

MRI ברך שמאל

הבדיקה בוצעה בטכניקות שונות שקלול T1 T2

מישור אקסיאלי סגיטלי וקורונלי

התוויה: כאבים

מצאים:

סיגנל לשד העצם תקין.

אין כמות חריגה של נוזל בברך.

מניסקוס מדיאלי בעל צורה וסיגנל שמורים.

מניסקוס לטרלי בעל צורה וסיגנל שמורים.

MCL PCL ACL ו-LCL תקינים.

גיד הפיקה וגיד הקוודריצפס תקינים. OSGOOD-SCHLATTER ישן

הסחוסים תקינים.
הרטינקולום שמור.
לסיכום: בדיקה תקינה.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. אהרונ' דבורה	029176	19255	22/11/2022	15:29

תאריך הקלדה: 22/11/2022



תאריך: 22/12/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני לידור	מס זהות:	00204518435	גיל:	29.07	מין:	ז
ת.לידה:	14/05/1993	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	50-7997237	
מס בית:	43	טלפון:	50-7997237	טלפון נוסף:	50-7997237			

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 02/02/2021

שלום רב,

תאריך ביקור: 22/12/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה: 02/02/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: יליד שנת 1993, בריא. ללא טיפול קבוע

ללא רגישויות לרבות יוד

פעילות גופנית - עד התאונה, ללא לאחר התאונה

מלין על כאבי גב תחתון שהחלו לאחר תאונת אופנוע ב2/2/21. כאב שמור לגב ואינו מקרין לרגליים. כאב מחמיר בישיבה ממושכת, שינה - מעיר משינה. כואב גם בעמידה והליכה. שולל נימול או רדימות ברגליים. ללא סימני B, ללא דגלים אדומים

בירור עד כה:

CT עמוש מותני 2021 - במ"פ

CT עמוש גבי 2021 - במ"פ

ממצאים:

כיפוף ויישור הגב - הגבלה וכאב
רוטציה לטראלית - הגבלה וכאב
רגישות פאראוורטבראלית תורקאלית ולומבארית
נוירולוגיה לפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית ד"צ

אבחנות בביקור

קוד	איפיון	אבחנה
7245	Thoracic	BACKACHE
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תרופות בביקור

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
P	1	ר	N	יחידה	28	14	D	2	טבליות	TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

סיכום והמלצות:

כאבי גב תורקאליים לאחר תאונת דרכים, ללא ממצאים בבדיקות עזר (CT + מיפוי), בבדיקה רגישות פאראוורטבראלית.

הוסברו אופציות טיפוליות לרבות אחוזי הצלחה וסיכונים - אינו מעוניין בפולשני.

1. בכאב קל-בינוני: אופטלגין (עד 1 גרם X3 ביממה) או אקמול (עד 500 מ"ג X4) לפי הצורך

2. בכאב בינוני-עצים: זלדיאר עד 2-3 ביום לפי צורך בלבד

3. פעילות גופנית - הוסברה החשיבות בפעילות גופנית לחיזוק מייצבי עמוד שדרון פילאטיס, אליפטי, שחיה, טאי צ'י, יוגה. לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דק כל פעם

4. פיזיותרפיה - יש צורך בפיזיותרפיה הפעלתית לחיזוק מייצבי עמוד שדרון

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

22/12/2022

הודפס ע"י טל הראל

00204518435

בנימיני לידור

(שיטת מקינזי)

בברכה,

טל הראל

120383

ד"ר טל הראל
מומחה ברפואת שיכורבאב
מר 120383 מרמ 39716

חתימה וחותמת הרופא

מס' רישיון

שם הרופא



דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

22/12/2022

הודפס ע"י טל הראל

00204518435

בנימיני לידור

נספח 3 :

טופס 1- אורתופד - הפול

(עמודים 65 עד 65)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

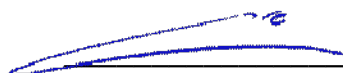
לידור בנימיני - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב - הפול

התובע, לידור בנימיני, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, ובתחום רפואת הכאב לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין, ובמסגרת קופת חולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 67 עד 70)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר בנימין מרחוב המלך 43, בית 183,
ת.ז. מס' 204518435 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לענין תאונת דרכים מיום
נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 הני"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.

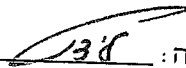
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 29 לחודש 12 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד עוזיאל פרייגמאן~~

~~מס' רשיון: 62254~~



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
 אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>דניאל</u>	<u>אריאל</u>	<u>20451435</u>	<u>שם האב</u>
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
<u>אילן</u>	<u>אריאל</u>	<u>אריאל</u>	<u>אריאל</u>
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
<u>אילן</u>	<u>אריאל</u>	<u>אריאל</u>	<u>אריאל</u>
טלפון	מיקוד	עיר	מיקוד

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: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: _____ עד לחתימה ומסירת _____ לחתימה: _____
מס' רשיון: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

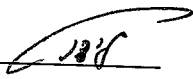
אני הח"מ אריאל קרני בעל ת.ז. 204518435 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____

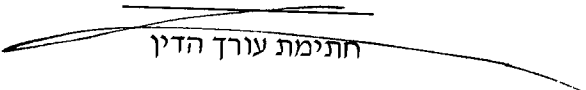
2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: <u>2014</u>	הפגיעה: <u>כאב מן ורגל</u>	המוסד הרפואי: <u>מרכז רפואי</u>
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן נחמיאס, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 29.12.20 הופיע/ה בפני אורי נחמיאס (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 204518435 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.


חתימת עורך הדין