ARIEL FREIBERG, ADV **אריאל פרייברג, עו"ד**

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

8.2.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – רמת השרון
מחלקת נכות מעבודה
באמצעות פקס: 09-9542139

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: **מרים כהן, ת"ז 021905229**
תאונה מיום 17.5.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונה של מרשתי לועדה לקביעת נכותה אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

נא למלא מספר תעודת זהות 21905229

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כהן	מרים	021905229

מין	עיסוק	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
☐ זכר ☒ נקבה	☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		05041986 שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שד' ראלי	22		6	רמת השרון	

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה 17052022
שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה כמסגרת הערוצה נפגעתי כלת הפגיעה

נא למלא מספר תעודת זהות 21905229

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות | טלפון

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:

3א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי

☐ משטרה ☐ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס _____

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4 פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט אסיף

שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח מכבי

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	רדר	

נא למלא מספר תעודת זהות 21905229

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים ובעיות בתנועות הגב	
כאבים וקשיי בדיקה, הליך ותנועת הגב	
הגבלת הכאבים לאבחים הליכות	
כאבים חלשים, קושי בהרכבות, אכילה ושאר דברים	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?

☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתי, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6 חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7 שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☑ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☑ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות **מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
עו"ד אלי כהן	אלנבי תל אביב	03-7412358

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון		

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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

תאריך 1.2.23 חתימת מקבל הגמלה ✗ _____ חתימת השותפים לחשבון ✗ _____

11 הצהרה

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

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

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**
☐ **אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט**

תאריך 1.2.23 חתימת התובע ✗ _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

_____

נא למלא מספר תעודת זהות 219052229

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון		תאריך הפגיעה
11	219052229		17 05 2022 (שנה חודש יום)

שם משפחה	שם פרטי
כהן	ר.מ

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☑ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

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

תאריך 1.2.23 חתימת המבוטח ✗ _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אלון כהן	מ.ס	21905229	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
ראלי	39/9	רמת השרון	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל - _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

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

תאריך: 2.2.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פרינברג חתימה: X

מס' רשיון: 62254

יפוי כח

אני הח"מ, ירם כהן ולר, ת.ז. מס' 21905229, מרחוב רמת השרון, רח' הרצל 39/9,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
_____ נגד _____ בענין תאונת ~~דרכים~~ מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.

2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.

3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.

4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.

5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.

6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.

7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.

8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.

9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.

10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.

11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.

12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.

13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 2 לחודש 2 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אדיאל פריינברג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

תאריך: 24/05/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס
24/05/2022

020937

ד"ר בר-אילן קובי
טראומטולוגיה

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646
פקס: 076-8893179
כתובת: הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

0021905229

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 22/6, רמת השרון **מיקוד** 4720804

מכתב שחרור

שעת קבלה: 08:21 **תאריך:** 24/05/2022

שעת שחרור: 09:16

סיבת הפניה:

כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צווארון רך
מופנת בדחיפות למלר,ד לביצע MRI צוואר ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

אבחנות פעילות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות:

אבק
חתולים

תרופות קבועות:

- RITALIN LA 20MG X 30 {1X1X30}
- VABEN 10MG X 30 {1X1X90}
- STERONASE 55MCG X120 {1X1X30}

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה צוואר 2 צילומים (AP+LAT), עמוד שדרה צוואר 1 צילום דנס
חדר מיון
אחות: קיבוע איבר/ מתלה

אבחנה:

- CERVICALGIA

ד"ר בר-אילן קובי

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף ,ואינו מתאים להמשך מעקב .
את המעקב והמשך הטיפול , יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 24/05/2022

מ.ר גורם מפנה

העתק טופס
24/05/2022

020937

ד"ר בר-אילן קובי
טראומטולוגיה

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646
פקס: 076-8893179
כתובת: הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

0021905229

שם משפחה: **כהן** **שם פרטי:** **מרים** **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 22/6, רמת השרון **מיקוד** 4720804

מכתב שחרור

שים לב! הטיפול לא הסתיים, נא לגשת לאחות להמשך הטיפול.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 24/05/2022

מ.ר גורם מפנה

0054990296 020937

ד"ר בר-אילן קובי

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: הנצח 3 רמת השרון

קוד הפניה: 272897556

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 22/6, רמת השרון **מיקוד** 4720804

0021905229

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 24/05/2022 **בשעה:** 09:13 **נמצא-**

סוג מיון: טראומה

תלונות: כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צווארון רך
מופנת בדחיפות למלר"ד לביצע MRI צוואר ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

אבחנה:

- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות: 19/10/2006 - אבק -
19/10/2006 - חתולים -

תרופות קבועות:

RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

מעשן/ת : לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

המשך בירור וטיפול

**** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. ****
תוקף הפניה זו לתאריך 25/05/2022 בשעה 09:13:44

****נא להצטייד בכרטיס מגנטי****

24/05/2022

תאריך **נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש** **חתימה וחותמת**

חבר מכבי **יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות**

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 24/05/2022

מ.ר גורם מפנה

0054990296 020937

קוד הפניה: 272889915

ד"ר בר-אילן קובי

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484646

פקס: 076-8893179

כתובת: הנצח 3 רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **כהן** **שם פרטי:** **מרים** **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 22/6, רמת השרון **מיקוד** 4720804

0021905229

מכון רנטגן - מרכז טיפול יום

הריון: לא ידוע

הבדיקה הדרושה	קוד
עמוד שדרה צוואר 2 צילומים (AP+LAT)	***2040***
עמוד שדרה צוואר 1 צילום דנס	***2020***

שאלה למבצע הבדיקה: פריקה?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
צילום -

אבחנה:

- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

מעשן/ת : לא

24/05/2022

תאריך **חתימה וחותמת הרופא**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/05/2022 עד תאריך - 20/11/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך נוירוכירורגי
מנהל מערך: פרופ' רם צבי מ.ר.14693

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה:מחלקה נוירוכירורגיה	מנהל מחלקה: פרופ' רם צבי מ.ר.14693	אח/ות אחראי/ת : מרואן עבד אלנבי
טלפון : 03-6973269	פקס : 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה : כהן	שם פרטי : מרים	ת.ז.: 21905229
תאריך לידה : 05/04/1986	גיל : 36	טלפון : 054-6386199
מין : נקבה	מבוטח בקופה : מכבי	כתובת : שד ביאליק 22/6 רמת השרון 4720803

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12645334

תאריך קבלה למחלקה: 24/05/2022 **מספר ימי אשפוז במחלקה:** 2

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 24/05/2022 **מספר ימי אשפוז בביה"ח:** 2

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 25/05/2022 שעה: 11:42
יעד השחרור: לביתו/ה - עצמאי

אבחנות נוירוכירורגיה

- **DISC HERNIATION WITH RADICULOPATHY** (722.2)

בריאה בדרך כלל
לא ידוע על ניתוחים בעבר

תלונה עקרית

בלט דיסק היקפי בגובה C6-7

מחלה נוכחית

בת 36 ,בריאה בדרך כלל, מאמנת כושר במקצוע.
ללא מחלות רקע וללא טיפול תרופתי קבוע
ללא טיפול במדללי דם

5 ימים טרם הגעתה למיון במהלך אימון, לבשה וסט אימון ששוקל 20 ק"ג , נפל על הראש,שמעה קניק בצוואר וכאבי צוואר חזקים.
בהמשך הקרנה של הכאבים לשתי הידיים יותר לשמאל ללא פיזור ספציפי.
שוללת נימול או תחושה של זרמים חשמליים מקרינים חידיים או לגב, ללא חולשה מוטורית או סינסורית גסה.
מתארת כאב 7/10 עם תגובה תת מיטבית לטיפול אנלגטי.

השלימה במיון סיטי צוואר אשר הדגים בלט דיסק היקפי בגובה C6-7.

בבדיקתה עירנית וחיונית.
כוח גס שמור בגפיים עליונות 5/5 בכל התחנות, תחושה שטחית ועמוקה שמורה.
כוח גס שמור בגפיים תחתונות 5/5 בכל התחנות, תחושה שטחית ועמוקה שמורה.
טרומנר/הופמן שליליים
הליכה תקינה
במישוש עמוד שדרה צווארי ללא רושם למדרגה, גישות בגובה C6-7 כיפוף בצוואר מוגבל אנלגטית.

תנועות צוואר מלאת לשאר הכיוונים.

השלימה אק"ג וצילום חזה
מעבדה כולל ספירה כימיה וקרישה
צווארון קשיח

בדיון עם כונן עמוד שדרה ד"ר אופיר מאושפזת בנוירוכירורגיה להשלמת MRI

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: לא
אלכוהול: לא
סמים: לא

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

סיכום דיון

בת 36 עם הרקע המתואר התקבלה לאחר חבלת צוואר כמתואר בקבלה, אושפזה לצורך MRI והשלמת בירור. ב MRI מדגימה אות גבוה באזור קומפלקס הדיסק C5-C6.
בדיון צוות יחידת עמוד שדרה, אין צורך התערבות נוירוכירורגית כרגע.
משוחררת לביתה עם ההמלצות הבאות.

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת עמוד שדרה אצל ד"ר דרור אופיר.
להשלים צילום עמוד שדרה צוואר AP+LAT בעוד שבועיים ולבוא לביקרת אצל ד"ר אופיר במרפאת נוירוכירורגית גב במוסדנו.
להיות עם צווארון קשיח עד לביקורת
MRI עמור שדרה צוואר בעוד חודש
משككי כאבים לפי הצורך.
המשך טיפול תרופתי קבוע.
בכל החמרה של כאבים, חולשה חדשה, או הפרעה נוירולוגית חדשה יש לפנות למיון במוסדנו.
להימנע מפעילות גופנית מואמצת, הרמת משקל בידיים של יותר משני ק"ג.
להימנע ממניפולציות צוואריות

תוצאות מעבדה

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
					מיון-רוטינה וקרישה
הזן ידנית					
ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
		24/05/22		24/05/22	PT panel
תפקודי קרישה					
ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
0.97 - 1.19	0.96↓	24/05/22	0.96↓	24/05/22	PT, INR
10.03 - 12.43	10.30	24/05/22	10.30	24/05/22	PT, Sec - blood
25.00 - 34.00	26.70	24/05/22	26.70	24/05/22	PTT
ספירת דם					
ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
4.0 - 11.0	8.3	24/05/22	8.3	24/05/22	WBC
35 - 45	38	24/05/22	38	24/05/22	HCT
80.0 - 96.0	85.8	24/05/22	85.8	24/05/22	MCV
26.0 - 34.0	29.0	24/05/22	29.0	24/05/22	MCH
31.0 - 37.0	33.8	24/05/22	33.8	24/05/22	MCHC
0.0 - 15.0	14.0	24/05/22	14.0	24/05/22	RDW

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affilated with Tel-aviv University
Sackler Faculty of Tel-Aviv-Yaffo
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

סודי רפואי

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

ממצאי בדיקה

טלפון : **פקס :**

שם: כהן מרים **ת.ז: 2190522-9**
מקרה: **12645334** גיל **36 :ש** מין **:נ**
כתובת: **שד ביאליק 22/6 רמת השרון 4720803**
יחידה אירגונית מזמינה:

בדיקות שבוצעו

תאריך ביצוע	שעת ביצוע	תיאור שירות
24.05.22	18:32	MRI עמוד שדרה צוואר, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

חבלה ישירה לצוואר, בCT דיסק טרואמאטי.

שאלה לבירור
תשלים עמש צוואר STIR+

תאור הבדיקה והממצאים

MRI עמוד שדרה צוואר ללא חומר ניגוד -

היסטוריה- כאבי צוואר לאחר חבלה

השוואה- CT היום

ממצאים-

המנח האנטומי של עמוד השדרה תקין.
מנח קיפוטי בגובה C5-6 עם בקע דיסק פורמינלי שמאלי מצר את התעלה ולוחץ קלות על הקורד ומצר את הפורמן משמאל
החוליות הצוואריות תקינות בגובה. סיגנל מח העצם תקין.
בלטי דיסק קלים בגובה C6-7 C4-5 C3-4 ללא היצרות התעלה והפורמינות
חוט השדרה תקין בסיגנל ובמראה. הגומה האחורית ללא ממצא מיוחד.
רקמות רכות פרה ורטבריליות בגדר התקין. מראה נודולרי של אונות התירואיד דו"צ. הגדולה בהם קשרית בקוטר כ 13 מ"מ באונה ימנית של התירואיד- לבירור סונוגרפי מכוון.

לסיכום- שינויים ניוונים בגובה C5-6 עם בקע פורמינלי שמאלי
אין פגיעה ליגמנטרית או פגיעה בקורד.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ
דר. אליהו רות	33431	

תאריך הקלדה:

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך נוירוכירורגי
מנהל מערך: פרופ' רם צבי מ.ר.14693

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה נוירוכירורגיה גב	מנהל/ת המרפאה: פרופ' רם צבי מ.ר.14693	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה : כהן	שם פרטי : מרים	ת.ז. : 21905229
תאריך לידה : 05/04/1986	גיל : 36	טלפון : 054-6386199
מין : נקבה	מבוטח בקופה : מכבי	כתובת : שד ביאליק 22/6 רמת השרון 4720803

נתוני ביקור - תאריך : **09/06/2022** שעה: **09:53** מספר ביקור : **41538282**

בריאה בדרך כלל
סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

לא ידוע על ניתוחים בעבר

תלונה עקרית

בת 36 ,בריאה בדרך כלל, מאמנת כושר במקצוע.
ללא מחלות רקע וללא טיפול תרופתי קבוע
ללא טיפול במדללי דם

5 ימים טרם הגעתה למיון במהלך אימון, לבשה וסט אימון ששוקל 20 ק"ג , נפל על הראש,שמעה קניק בצוואר וכאבי צוואר חזקים.
בהמשך הקרנה של הכאבים לשתי הידיים יותר לשמאל ללא פיזור ספציפי.
אושפזה לצורך MRI והשלמת בירורץ. ב MRI מדגימה אות גבוה באזור קומפלקס הדיסק C5-C6.
בדיון צוות יחידת עמוד שדרה, אין צורך התערבות נוירוכירורגית כרגע.

היום כשבועיים לאחר הארוע עדיין כאובה
טווחי תנועת עמ"ש צווארי תקינים ללא חסר נירולוגי ללא ספאסטיות ללא החזרים

המלצות:
צווארון לעוד שבועיים
בעוד שבועיים גמילה הדרגתית מצווארון
פיזוטראפיה לחיזוק שרירי עמ"ש צווארי ושיפור טווחי תנועה - בעוד חודש
MRI עמ"ש צווארי
ביקורת בעוד 2-3 חודשים
חופש מחלה למשך חודש נוסף

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affilated with Tel-aviv University
Sackler Faculty of Tel-Aviv-Yaffo
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

לכבוד
כהן מרים
שד ביאליק 22/6
רמת השרון, 4720803

09.06.22
2190522-9
מס' זימון: 00000000

א.ג.נ,

הנדון: זימון למרפאת עמוד שדרה וגב

מר/גב' **כהן מרים** 2190522-9 מוזמן/ת ביום שני **15/08/2022** לשעה **11:45** למרפאת עמוד שדרה וגב **בבנין הראשונים קומה 5.**

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9269	בדיקת רופא נוירוכירורג-10	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא
- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח).
- הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים.
- התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר.
- חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית.
- במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות

מס' טלפון מרפאה: 03-6974000
מס' פקס מרפאה: 074-7219824
דוא"ל מרפאה: nes-c@tlvmc.gov.il

מס' טלפון מטופל: 054-6386199
דוא"ל מטופל: MIMIWOLMAN@GMAIL.COM

הערות

1.מטופל נכה,בעל תו חניה ממשרד התחבורה,זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן.לקבלת הטבה,הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
2.במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
3.המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
4.שירות חדש: לקראת הביקור יש לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח (בקהילה) בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom
ניתן לגשת לקישור גם דרך אתר בי"ח.
5.המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
6.להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
7.אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החלים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
מטופל/ת יקר/ה,
בהגיעך למרפאות החוץ של בית החולים, אנא הקפד/י על הנחיות משרד הבריאות:
- אין להגיע למרפאות עם חום גבוה מ- 37.6 ו/או שיעול
- אם עליך לשהות בבידוד, דחה/י את הביקור למועד חדש

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 26/06/2022

מ.ר גורם מפנה

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

032802

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774 **קוד הפניה:** 277637065

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מרפאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

קוד	שם הטיפול
9943	***בדיקת רופא***

שם הפעולה הנדרשת (במידה ולא נמצא בטבלה):

יעוץ

מחלקה: כאבים **נותן שירות:** ICHILOV HOSPITAL

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 24/05/2022 בשעה 08:43:55
כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צוואר רך
מופנת בדחיפות למלר,ד לביצע MRI צוואר ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
on 17.5.2022 at 11:00 hours severe cervical pain during working hours, , referred to shoulders, periscapular region, disesthesias on left upper limb, seen in Moked was referred to Ichilov Hospital, was hospitalized and underwent MRI cervical spine confirming disc protrussion C5-6, was advised to medication, was advised to cervical collar-Philadelphia type- and was prescribed Zaldiar, will undergo new MRI in a couple of days
is advised to undergo CT lumbar spine due to additional low back pain referred to left lower limbs and referral to Pain Clinic

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
height 157 cm, weight 52 kg, right hand is dominant
immobilized in cervical collar, disesthesias on left upper an lower limbs, weakness on grip strength left hand, Lassegue (+) at 50 degrees left, no motor compromise on lower limbs

אבחנה:

- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH
- SCIATICA Left

בעיות ידועות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH (05/2022)

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 26/06/2022

מ.ר גורם מפנה

032802

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

קוד הפניה: 277637065

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **כהן** **שם פרטי:** **מרים** **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מרפאות חוץ

• TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות: 19/10/2006 - אבק -
19/10/2006 - חתולים -

מטופל באופן קבוע ב-

RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

26/06/2022

תאריך **** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **** **חתימה וחותמת הרופא**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 26/06/2022 עד תאריך - 23/12/2022

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולם. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות.
במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול.
ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה.
ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.

הסתדרות "מכבי" ישראל

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שרות רפואי מוסמך

ד"ר פול טרנסלטאור

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 32802

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

טלפון: 03-5484774

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר/עצמאי
כהן	מרים	מיכאל	21905229	שכיר

ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה	חבר (כ/ל)
רמת השרון	שד ביאליק	39	4720631	1986	כ

שם המעביד וכתובתו	טלפון	מקצוע
תל אליהב כהן	0546386199	מדריכת כושר

ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה
17/05/2022	11:00	

האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום
ע"ש צווארי		

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

בביקור בתאריך 24/05/2022 בשעה 08:43:55
כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צווארון רך
מופנת בדחיפות למלר,ד לביצע MRI צוואר ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
on 17.5.2022 at 11:00 hours severe cervical pain during working hours, , referred to shoulders, periscapular region, disesthesias on left upper limb, seen in Moked was referred to Ichilov Hospital, was hospitalized and underwent MRI cervical spine confirming disc protrussion C5-6, was advised to medication, was advised to cervical collar-Philadelphia type- and was prescribed Zaldiar, will undergo new MRI in a couple of days
is advised to undergo CT lumbar spine due to additional low back pain referred to left lower limbs and referral to Pain Clinic

---

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45
fill out forms for National Insurance

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
height 157 cm, weight 52 kg, right hand is dominant
immobilized in cervical collar, disesthesias on left upper an lower limbs, weakness on grip strength left hand, Lassegue (+) at 50 degrees left, no motor compromise on lower limbs

---

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45

אבחנה:

- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH
- SCIATICA Left

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 90 ימים, היינו מיום: 17/05/2022 עז' יום: 14/08/2022 (בכלל)

03/07/2022

תאריך הבדיקה **חתימה וחותמת הרופא**

ד"ר טרנסלטאור פול
כירורגיה אורטופדית
מ.ר. 19546

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: 14/07/2022

מ.ר גורם מפנה

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

032802

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774 **קוד הפניה:** 280600781

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 24/05/2022 בשעה 08:43:55
כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צווארון רך
מופנת בדחיפות למלר,ד לביצע MRI צווארי ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
on 17.5.2022 at 11:00 hours severe cervical pain during working hours, , referred to shoulders, periscapular region, disesthesias on left upper limb, seen in Moked was referred to Ichilov Hospital, was hospitalized and underwent MRI cervical spine confirming disc protrussion C5-6, was advised to medication, was advised to cervical collar-Philadelphia type- and was prescribed Zaldiar, will undergo new MRI in a couple of days
is advised to undergo CT lumbar spine due to additional low back pain referred to left lower limbs and referral to Pain Clinic
---
בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45
fill out forms for National Insurance

בביקור בתאריך 11/07/2022 בשעה 13:41:29

בביקור בתאריך 14/07/2022 בשעה 12:13:19
there is recurrent cervical root syndrome ACTUALLY TO RIGHT UPPER LIMB, , is taking Zaldiar. patient has to undergo additional phisiotherapy treatment, underwent MRI 4 days ago, not yet results

ממצאים: בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
height 157 cm, weight 52 kg, right hand is dominant
immobilized in cervical collar, disesthesias on left upper an lower limbs, weakness on grip strength left hand, Lassegue (+) at 50 degrees left, no motor compromise on lower limbs
---
בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45

בביקור בתאריך 11/07/2022 בשעה 13:41:29

בביקור בתאריך 14/07/2022 בשעה 12:13:19

אבחנה:

- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH
- SCIATICA Left

בעיות ידועות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH (05/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות: 19/10/2006 - אבק -
19/10/2006 - חתולים -

מכון CT

הנדון: כהן, מרים, ת.ז: 021905229 תאריך לידה: 05/04/1986

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 26/07/2022

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:
הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחוליתיים שמורים.
זיזים ניוניים קדמיים וצדדיים קטנים לאורך ע"ש המותני.
הנקבים הנוירליים ללא הצרויות.
שינויים ארטרוטיים במפרקים פצטליים לאורך עמוד שדרה מותני.
שינוים ניוניים במפרקים הסקרואיליאקליים.
השטחה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-5.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך עמוד שדרה מותני.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311

הוקלד על ידי: חן ויגדור

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, **על ידי הרופא המפנה בלבד.**
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי> צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

מכון MRI

הנדון: כהן, מרים, ת.ז: 021905229 תאריך לידה: 05/04/1986

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 10/07/2022

להלן ממצאי בדיקת MRI של ע"ש צווארי

סיבת הפניה: טראומה.

טכניקה:T1 T2 STIR
בלי חומר ניגוד במנחים סגיטלי ואקסיאלי

השוואה: אין.

ממצאים:
גובה החוליות תקין.
יש קיפוזיס מקומית קלה ב-C5-6.
המרחק בין הפרוצסים הספינוזים שם מעט גדול מאשר הגבהים הסמוכים (ראו סדרה 4 תמונה 8).
אין עדות בגובה זה לקרע או נזק של ה-PLL/ליגמנטום פלבום/ליגמנט אינטר ספינוזי.
יש בגובה זה דיסק אוסטאופיט קומפלקס.
יש מלאות אפידורלית אחורית שמאלית (סדרה 4 תמונה 10) שבהירה ב- GRE (סדרה 6 תמונה 13), בקע רצנטי? דמם אפידורלי אחורי מועט באבולוציה? למעקב.
יש היצרות קלה של נקב שמאל והשטחה של החוט עם היצרות קלה של התעלה המרכזית.
יש מעט בצקת בלוחיות הקצה סביב הדיסק של C5-6 מימין שיתכן גם ניווני.
נראה שה-APPOSITION בין הפצטות בפרק הפצטרי השמאלי בגובה זה איננו מלא (סדרה 4 תמונה 13) בניגוד לצד הימני.
לאור כל הנ"ל אינני יכול לשלול נזק היפרפלקסיה טראומתי בגובה זה.
באבחנה מבדלת שינויים נווניים.
בשאר הגבהים ללא שינוי ניווני מהותי.
סיגנל החוט תקין.

ממצא לוואי: נודולים קטנים בתירואיד, הגדול שבהם 6 מ"מ.

סיכום: כמפורט.
אבחנה מבדלת בין נזק היפרפלקסיה לשינויי ניווני.
ממליץ השוואה לבדיקה ישנה ומעקב.

בברכה,
ד"ר טואף יעקב
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 33154

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, **על ידי הרופא המפנה בלבד.**
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 18:00-08:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי> צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 14/07/2022

מ.ר גורם מפנה

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

032802

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

קוד הפניה: 280600781

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מכון פיזיותרפיה

תרופות קבועות:

RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

מעשן/ת : לא

סיבת ההפניה: ***analgetic US, postural retraining, cervical traction***

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 14/07/2022 עד תאריך - 10/01/2023

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטים****

14/07/2022

תאריך **חתימה וחותמת**

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפולי 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: 21/09/2022

מ.ר גורם מפנה

031981

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

קוד הפניה: 290401086

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפנייה:

כאבי גב תחתון
התקף כעת

ממצאים:

גב- כאב גב תחתון עם הגבלה קלה בטווחים
הקרנה לרגליים, לסג ומבחני מתיחה תקינים כוח ונוירולוגיה גסים שמורים, ללא הפרעה תחושתית
CT בלט דיסק קל

• LOW BACK PAIN

בעיות פעילות:

• GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
• CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH (05/2022)
• TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

מעשן/ת : לא

רגישויות:

19/10/2006 - אבק -
19/10/2006 - חתולים -

תרופות קבועות:

RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

21/09/2022

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

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 21/09/2022

מ.ר גורם מפנה

031981

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

קוד הפניה: 290401086

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **כהן** **שם פרטי:** **מרים** **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

מרפאת מכבי טבעי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/09/2022 עד תאריך - 20/03/2023

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 25/11/2022

מ.ר גורם מפנה

026986

ד"ר ליובימוב לאוניד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5490229

פקס: 03-5498231

כתובת: חרושת 18, רמת השרון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 24/11/2022 **עד יום:** 29/11/2022 **סה"כ:** 6 **ימים.**

25/11/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 09/12/2022

מ.ר גורם מפנה

026986

ד"ר ליובימוב לאוניד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5490229

פקס: 03-5498231

כתובת: חרושת 18, רמת השרון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

0021905229

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 09/12/2022 **עד יום:** 14/12/2022 **סה"כ:** 6 **ימים.**

09/12/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

026986

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

ד"ר ליובימוב לאוניד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5490229

פקס: 03-5498231

כתובת: חרושת 18, רמת השרון (קומה 1)

פרטי הנבדק:

0021905229

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

אישור רפואי

תלונות:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

בעיות ידועות:

• GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
• CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH (05/2022)
• TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות:

אבק - 19/10/2006
חתולים - 19/10/2006

תרופות קבועות:

RITALIN 10MG X 30 1X1X30
ATTENT 20MG X 30 1X1X30
RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

הערות:

מבחינת מצב הכללי ומחלות רקע אין מניעה להמשיך שימוש בקנביס רפואי

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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

25/01/2023

תאריך **חתימה וחותמת הרופא**

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 25/01/2023

מ.ר גורם מפנה

032802

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 24/05/2022 בשעה 08:43:55
כשבוע כאבי צוואר אחרי העמסה בתנוחה לא נוחה
חשה הקרנה לשכמה/יד שמאל
לא נטלה תרופות , רק עיסוי מקומי
צילום -חשד לאנטרוליסתזיס 4/5C . אסימטריה גם של הדנס
הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר
צווארון רך
מופנת בדחיפות למלר,ד לביצע MRI צוואר ובדיקת נוירוכירורג/ יחידת SPINE

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
on 17.5.2022 at 11:00 hours severe cervical pain during working hours, , referred to shoulders, periscapular region, disesthesias on left upper limb, seen in Moked was referred to Ichilov Hospital, was hospitalized and underwent MRI cervical spine confirming disc protrussion C5-6, was advised to medication, was advised to cervical collar-Philadelphia type- and was prescribed Zaldiar, will undergo new MRI in a couple of days
is advised to undergo CT lumbar spine due to additional low back pain referred to left lower limbs and referral to Pain Clinic
---
בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45
fill out forms for National Insurance

בביקור בתאריך 11/07/2022 בשעה 13:41:29

בביקור בתאריך 14/07/2022 בשעה 12:13:19
there is recurrent cervical root syndrome ACTUALLY TO RIGHT UPPER LIMB, , is taking Zaldiar. patient has to undergo additional phisiotherapy treatment, underwent MRI 4 days ago, not yet results
---
בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 11:16:01
.results of CT lumbar spine 26.7.2022 show disc protrussion L4-5
results of MRI cervical spine 10.7.2022 show cervical hiperextension, disc protrussion C5-6 and degeneratice changes, mild thyroid gland hiperplasia
continues conservative treatment

בביקור בתאריך 15/09/2022 בשעה 12:22:00
authorization for inspecting medical files

בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 14:14:11
patient is in need elevate medical cannabis medication, as is not feeling enough relief

ממצאים:

בביקור בתאריך 26/06/2022 בשעה 10:10:30
height 157 cm, weight 52 kg, right hand is dominant
immobilized in cervical collar, disesthesias on left upper an lower limbs, weakness on grip strength left hand, Lassegue (+) at 50 degrees left, no motor compromise on lower limbs
---
בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 15:42:45

בביקור בתאריך 11/07/2022 בשעה 13:41:29

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

032802

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

0021905229

אישור רפואי

בביקור בתאריך 14/07/2022 בשעה 12:13:19

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 11:16:01

בביקור בתאריך 15/09/2022 בשעה 12:22:00

בביקור בתאריך 25/01/2023 בשעה 14:14:11

אבחנה:

- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH N

בעיות ידועות:

- GOITER MULTINODULAR NONTOXIC (04/2013)
- CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH (05/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (23/11/2011)

רגישויות:

19/10/2006 - אבק -
19/10/2006 - חתולים -

תרופות קבועות:

RITALIN 10MG X 30 1X1X30
ATTENT 20MG X 30 1X1X30
RITALIN LA 20MG X 30 1X1X30
VABEN 10MG X 30 1X1X90
STERONASE 55MCG X120 1X1X30

הערות:

PATIENT IS IN NEED TO ELEVATE MEDICAL CANNABIS DOSAGE

תאריך: 25/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

032802

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

ד"ר פול טרנסלטאור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5484774

פקס: 076-8893182

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

0021905229

שם משפחה: כהן **שם פרטי:** מרים **ת.ז.:** 21905229

ת.לידה: 05/04/1986 **מין:** נ **טלפון:** 035229685 **טל.עבודה/נייד:** 0546386199

כתובת: שד ביאליק 39/9, רמת השרון **מיקוד** 4720631

אישור רפואי

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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

25/01/2023

תאריך **חתימה וחותמת הרופא**