

ת"פ: 5088312¹⁶

6/12/18 = 30

בבית משפט השלום בת"א
בפני כב' השופט שמואל מלמד

המבקש: אמנון פורת ת"ז 065575482
רח' ההסתדרות 36 ת.ד 6467
נייד-0522567613

המשיבה: מדינת ישראל

נגד

הנילונה: רקפת רוסק עמינוח מנכ"לית בנק לאומי
רח' יהודה הלוי 34, ת"א

בקשה

כצוכם מוסמכים רפואיים
בעצמם מהתבאמה הצנח
הואכנן 18/12/18 בסופו אל

הערה

אני קובעת אינכם לעדו מאותה העל
וכמו צופו אישנויה עתק צה
אם הפעם ניהיה עי לעצמה במצב מעצבאל
שמצב עי הסכקטייה גב צפרי

מפדעלני

קנחתי כצור קורצס 5mg
העשין ולעמ 5 בקל בעקן הורעלעל
הטבה

התעצב מנל קיפננה לעתולק פנימל התיעל
האמחלעס, סוודת לעתלם כי אין קי כס
לחם גרם כמלד העלעל לע לעתיה
לצור מנל שנקמני גלר ופועלל ופועל עי קפד/פכקוול

ד"ר (רופא) בן ציון טל
 רפואת משפחה
 30380
 מקור חיים, 35 תל אביב
 03-6366100
 03-6366101
 מרפאה: פלוטקין - תל אביב מחוז: ת"א

שם הרופא
 תחום
 מספר רשיון
 כתובת
 טלפון
 פקס
 מרפאה: פלוטקין - תל אביב מחוז: ת"א

04/12/2018 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
פורת אמנון					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	01/04/1951	נסים
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
חולין	ויצמן	59 / 1		52	5034159 - 3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך 02/12/2018 עד תאריך 04/12/2018 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר (רופא) בן ציון טל	30380	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

חתום: ד"ר (רופא) בן ציון טל
 מספר רשיון: 30380
 תאריך: 04/12/2018

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית 100 שנה
מזל טוב
הכי טובה למשפחה

מרשם

מס' זהות: 00-06557548-2

גיל: 67.08 מין: ז

RELAXIN 500MG BOX OF 15 TAB 500M

000043705

למשך 15 ימים סה"כ OP 1

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 05/03/2019 - 04/12/2018

מס' רישיון



030380

03-6366100 טלפון:

כתובת: מקור חיים, 35 תל אביב

שם הרופא ד"ר (רופא) בן ציון טל
תחום: רפואת משפחה

****נחתם דיגיטלית****

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתו, 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*****



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

מס' זהות: 00-06557548-2

גיל: 67.08 מין: ז

RAMIPRIL 2.5MG TAB 2.5MG

999001560

(RAMIPRIL TEVA 2.5MG(30) TAB, TRITACE 2.5MG TAB, RAMITENS 2.5 MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 04/03/2019 - 02/02/2019 02/02/2019 - 03/01/2019 03/01/2019 - 04/12/2018

ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 10

999002814

(MICROPIRIN 100MG TAB 28, MICROPIRIN 100MG TAB 30, TEVAPIRIN 100MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 04/03/2019 - 02/02/2019 02/02/2019 - 03/01/2019 03/01/2019 - 04/12/2018

METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg

999002393

(GLUCOPHAGE CAP, METFORMIN-TEVA 850MG TAB 30, GLUCOMIN TAB, METFORMINE 29/M MYLAN TAB 850M, METFORMIN RATIO 29/M TAB 850MG, GLUCOFREE 29/M TAB 850MG 60)

למשך 30 ימים סה"כ 60 יח

טבליות 2 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 04/03/2019 - 02/02/2019 02/02/2019 - 03/01/2019 03/01/2019 - 04/12/2018

GLIMEPIRIDE TEVA TAB 1MG 30 1MG

999002480

(AMARYL 1 MG TAB, GLIMEPIRIDE TEVA 1MG TAB 30)

התרופה לא בסל הבריאות/התוויות מיוחדות

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 04/03/2019 - 02/02/2019 02/02/2019 - 03/01/2019 03/01/2019 - 04/12/2018

ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

999001490

(CRESTOR 20MG TAB, STATOR 20 MG TAB, ROSUVASTATIN TEVA 20MG TAB)

למשך 28 ימים סה"כ 28 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 28/02/2019 - 29/01/2019 31/01/2019 - 01/01/2019 03/01/2019 - 04/12/2018

מס' רישיון



030380

טלפון: 03-6366100
כתובת: מקור חיים, 35 תל אביבשם הרופא ד"ר (רופא) בן ציון טל
תחום: רפואת משפחה

בידיעתך, 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

02/12/2018 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל		פורת אמנון	
שם משפחה ושם פרטי	00-06557548-2	ז	67.08
מס זהות	01/04/1951	נשים	01/04/1951
שם האב	שם האב	ת. לידה	ת. לידה
חולון	ויצמן	59 / 1	52 -2567613
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
3	5034159	טלפון נוסף	טלפון

33038142485

מספר הפניה:

גורם שולח



3038

מספר הפניה



033038142485

תז נבדק



65575482

מספר רשיון



014403

לכבוד: אורטופד

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 02/12/2018 מעברו שבר חוליה גבית מידי פעם כאב גב
הופעת כאב גב

לדבריו היה במעקב מרפאת גב איכילוב לאחרונה לפני שנתיים

ממצאים בבדיקה 02/12/2018 מעקב אורטופד קבל אביטרן 75 מג תוך שרירי

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אבחנה
7245	אבחנה	BACKACHE

בעיות פעילות

מ. גילוי	אבחנה	בעיה
01/08/2002	אבחנה	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1997	אבחנה	HYPERTENSION ESSENTIAL
01/11/2007	אבחנה	FRACTURE RADIUS AND ULNA
01/11/2007	אבחנה	FROZEN SHOULDER

2 ה.ר.

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

02/12/2018

00-06557548-2 הודפס ע"י ד"ר יוסף קליינמן

פורת אמנון



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 67.08 מין: ז

פורת אמנון

מס' זהות: 00-06557548-2

DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75M

999000056

(DICLOFENACO 29/M AMP 75MG/3ML, VURDON 29/M 75MG/3ML AMP 5X3ML, ABITREN TEVA AMP 75MG/3ML 10, ABITREN INJ 75MG/3ML 5)

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

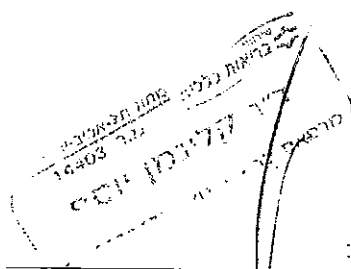
זריקה 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 03/03/2019 - 02/12/2018



מס' רישיון

014403



חתימה וחוקתמת הרופא:

שם הרופא: ד"ר יוסף קליינמן
תחום: כירורגיה וטראומטולוגיה

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

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2007		HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC LUMBAR-LUMBOSACRAL
01/09/2008		DIABETES MELLITUS
01/02/2009		TINNITUS
01/02/2009		HEARING COMPLAINTS (EXCL.H84-86)
01/02/2009		FRACTURE CLAVICLE CLOSED
01/12/2010		FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF GASTROINTEST

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2000		DIABETES MELLITUS
01/01/2018	01/07/2001		ESSENTIAL HYPERTENSION
01/01/2018	08/02/2016		DIABETES MELLITUS
01/01/2018	01/01/2000		ESSENTIAL HYPERTENSION
01/01/2018	28/10/2015		OBSERVATION FOR SUSPECTED MENTAL AND BEHAVIOURAL DIS
01/01/2018	08/02/2016		HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/2018	01/01/2000		DIABETES MELLITUS NON-INSULIN DEPENDENT
01/01/2018	22/10/2014		ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"
NONE - INCLUDING IODINE		המטופל

תרופות קבועות

...	פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	RAMIPRIL 2.5MG TAB 2.5MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 10
ביום	2	טבליות	1	METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg
ביום	1	טבליות	1	GLIMEPIRIDE TEVA TAB 1MG 30 1MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר יוסף קליינמן

14403

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

נולית 10 שנה
הכי טובה למשפחה

מרשם

גיל: 67.08 מין: ז

פורת אמנון

מס' זהות: 00-06557548-2

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית ומוכה יותר על פי כללי הסל

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

קפליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 05/03/2019 - 04/12/2018

מס' רישיון



013022

טלפון: 03-5550828

כתובת: הרב ניסבאום 33 - בת ים

שם הרופא ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

תחום: אורתופדיה

חתימה וחנותמת 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

04/12/2018 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
פורת אמנון					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	01/04/1951	נסים
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
חולון	ויצמן	59 / 1	52	-2567613	5034159 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

גורם שולח



2981

מספר הפניה



032981004800

תז נבדק



65575482

מספר רשיון



013022

לכבוד: מירפאת גב באיכילוב

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN contution of back

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/02/2014:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/08/2009:

בזמן חופשה בטורקיה נפל ב 09.08, נבדק ע"י רופא, חבלת גב, טיפול סימפטומטי

נבדק ע"י כירורג, ללא ממצא גרמי, צילום ע"ש מותני שינויים ניוונים קלים, ללא עדות ל שברים. תלונות ו כאבים באזור בגב, כאבים באזור ברך ימין. חולה מציין בריכת צואה אחד פעמי אתמול

ברקע סכרת, יותר לחץ דם, ליפידמיה

06/02/2014

החולה נמצא במעקב אורתופדי בית חולים איכילוב במרפאת גב 04/12/2018

כאבי גב תחתון מעברו לדבריו המליצו ניתוח

ידוע מעברו על שבר בד8

בצלום עקמת גבית תמת חוליה גבית

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 06/02/2014

בדיקה גופנית מתאריך 13/08/2009

ע"ש עקמת אנטלגית ל שמאל, הגבלה בתנועה ע"ש, רגישות מעל חוליות מותניות, סאקרום מימין, אזור גלוטאוס מקסימום מימין, SLR חיובי מימין, כוח גס תקין, ירידה בתחושה בפיזור לא אנטמי ברגל ימין, החזרים תקינים, ללא פתולוגים, ללא קיפוח נירוווסקולרי בגפיים תחתונות

06/02/2014

04/12/2018

רגישות עפ הגב

מעונין בניתוח נישלח למירפאת גב באיכילוב