



בית משפט השלום בכפר סבא

13 מרץ 2024

ת"א 29303-03-24 הרן ואח' נ' התאגיד
המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה
("הפול") בע"

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (نُصادق بهذا بأنه في يوم) 13 מרץ 2024 בשעה (بالساعة) 08:51 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 29303-03-24 הרן ואח' נ' התאגיד המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה ("הפול") בע".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل إضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852* www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך: 12.3.24

1. מיה הרן, ת"ז 6215271 : התובעים:

2. מיכה הרן, ת"ז 763243

מרחוב השקד 4, גבעת שמואל

טלפון: 054-5887281

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 –

1. מיכה הרן, ת"ז 763243 : הנתבעים:

מרחוב השקד 4, גבעת שמואל

2. 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: 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו 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 תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובעת 1, ילידת 4.7.1944 הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב הנושא מספר רישוי 86-811-67 (להלן: "**הרכב**").
2. התובע 2 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
3. הנתבעת 2 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 והודעת התובע 2, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעים 1 - 2 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשים התובעים בביצוע עבודתם ועיסוקיהם ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 3.8.23, בסביבות השעה 14:00, או בסמוך לכך, ברחוב מבצע קדש, בבני ברק, על מנת להימנע מהתנגשות במשאית, נאלץ התובע 2 לבלום בפתאומיות והתובעים הוטחו מהרכב כ-3 מטרים, נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

התובעת 1

9. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בכתף, בצלעות ובפלג גופה הימני. נוכח כאבים עזים והגבלה בתנועות הונח צווארון על צווארה ובדיקת הדמיה שכוונה לקרסול ימין הדגימה שבר של הפטישון הלטרלי, רגלה נחבשה והושמה בסד. לאחר שנשלל חשד לשברים נוספים וחבלות לאיברים פנימיים שוחררה התובעת לביתה כשרגלה נתונה בסד בהמלצה לדריכה עפ"י יכולת עם מגף בלבד, רגל מורמת במנוחה, המשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, מנוחה והעברה באמצעות אמבולנס.

10. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת מרפאות החוץ של בית החולים שיבא, שם אובחנה בצקת, טווחים מוגבלים וכאב והיא הופנתה להמשך מעקב, דריכה מוגבלת בלבישת מגף בלבד למשך 6 שבועות נוספים, ביצוע טיפולי פיזיותרפי, נטילת נוגדי קרישה, תרופות לשיכוך כאב ומנוחה.
11. נוכח הכאבים העזים וההגבלה בתנועות הצוואר, והגפיים - כתף, זרוע, קרסול ורגל ימין, כמו גם, כאב כתוצאה מהחבלה בצלעות, הופנתה לביצוע בדיקת הדמיה אשר הדגימה יישור של הלורדוזיס הצווארי, שינויים ספונדילוסטים עם היצרות בולטת בגבהים C6-C2 שבר עם תזוזה במליאולוס לטראלי בקרסול ימין והיא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה לצוואר ולגפיים וביצוע בדיקות נוספות ומעקב.
12. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, זרוע וכתף ימין, קרסול ורגל ימין הופנתה לביצוע טיפולי רפואה משלימה, המשך מעקב וביצוע בדיקת הדמיה המכוונת לכתף ימין.
13. בדיקת אולטראסאונד שכוונה לכתף ימין הדגימה מספר קרעים חלקיים בגידי הכתף, אי סדירות במפרק ACJ והוחלט להפנותה לביצוע בדיקות נוספות, טיפול שמרני ומעקב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבים והגבלה בתנועות כתף וזרוע ימין, קרסול ימין, קושי בהליכה וחוסר יציבות, מקושי בישיבה ועמידה ממושכות, קושי בהרמה, קושי בכיפוף, קושי בנשיאה, מכאבים עזים, מקשיי ריכוז וקושי בהירדמות ושינה רציפה, היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותיזקק להם גם בעתיד.
15. התובעת פנסיונרית של מכון ויצמן, אמנית, פסלת ויוצרת, מתקשה מאוד בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ויצירותיה, כמו גם, השתכרותה נפגעו ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. מאז התאונה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
17. בשים לב לפגיעותיה נזקקת התובעת להוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות ותיזקק להוצאות אלה גם בעתיד.
- התובע 2:**
18. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בפלג גופו הימני, בדגש על כתף ימין, ושפשופים וחבלות מפושטים על חלקי גופו. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, ביצוע בדיקות הדמיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
19. התובע אשר סבל מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, כתף וזרוע ימין וברך ימין, טופל במסגרת הקהילה והופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

20. בדיקת אולטראסאונד שכוונה לכתף ימין הדגימה קרע שלם דיסטאלי בגיד הסופרה-ספינטוס והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים והמשך מעקב בנוסף לביצוע בדיקת MRI.

21. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם הגבלה וקושי בביצוע עבודתו ותפקודים יומיומיים והוחלט להפנותו להמשך טיפול.

22. בדיקת MRI שכוונה לכתף ימין הדגימה קרע חלקי שטחי של המשטח הארטיקולרי של גיד הסופרה-ספינטוס באזור אחיזתו הקדמי ונוזל תוך פרקי והוחלט להפנותו להמשך מעקב וטיפול שמרני עם שקילת אופציה ניתוחית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

23. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר וכתף ימין, מקושי בהרמה ואחיזה, קושי בהטיה וצידוד, קושי מביצוע תפקודים ידניים, מכאבים עזים, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.

24. התובע צ'לן (נגן צ'לו), נגן בתזמורת הפילהרמונית ובתזמורות נוספות, נפגע פגיעה משמעותית אשר מונעת ממנו לנגן ולבצע את עבודתו, נגרמו לו הפסדי שכר וקיים חשש כי לא יתאפשר לו לשוב ולנגן כפי שניגן עובר לתאונה.

25. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו הוא נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

26. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

27. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

חלק 3

28. להלן פירוט נזקי התובעת 1:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 15,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 32,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 10,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 6,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר – |

להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ב. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 54,500 ₪ | (5) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 14,000 ₪ | (6) עזרת הזולת בעבר – |
| 8,258 ₪ | (7) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |

ג. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעים 1 - 2 פיצוי הולם בגין נזקיהם, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותם התפקודית של

התובעים 1 - 2, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותם 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 נזקיהם הלא ממוניים של התובעים 1 - 2.

29. הנתבע 2 חייב לפצות את התובעים 1 - 2 בהיותו מבטח השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבע 2 לדין ולחייבו, לפצות את התובעים 1 - 2 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 התובעים

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה והודעה (עמודים 8 עד 9)	8
נספח 2: התובעת 1 - תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 34)	11
נספח 3: התובע 2 תעודות רפואיות (עמודים 36 עד 54)	36
נספח 4: בקשה למינוי מומחים התובעת 1 (עמודים 56 עד 56)	56
נספח 5: בקשה למינוי מומחים התובע 2 (עמודים 58 עד 58)	58
נספח 6: התובעת 1 - יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 60 עד 63)	60
נספח 7: התובע 2 - יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 65 עד 68)	65



נספח 1 :

אישור משטרה והודעה

(עמודים 8 עד 9)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 418276/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ה
תאריך 03/10/2023, י"ח תשרי תשפ"ד, 10:33

לכל המעוניין

תאריך התאונה 03/08/2023 בשעה 14:00

מקום התאונה

בני ברק מבצע קדש בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

8681167

סוג רכב

אופנוע

תוצר רכב

קואנג יאנג טיו

חברת ביטוח

הפול הישראלי

מספר פוליסה

20393180087012300

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	763243	הרן מיכה	04/07/1944	גבעת שמואל, השקד 4	שיבא - תל השומר	קלה
נוסע	6215271	הרן מיה רחל	01/05/1945	גבעת שמואל, השקד 4	שיבא - תל השומר	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

2

2000 / 2000 年 1 月 1 日 至 2000 年 1 月 1 日

הזדעקת: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ נפגע ☒ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

परमेश्वर ।

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מסלול יד
000763243	הרן	נ' כר	י' כר	4/7/1944	מס' 03-532505-4
הס' 4	מיקול	טלפון	מקום עבודה	מס' פלאפון	054-5887281
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון הנהיגה	בתוקף עד	תאריך הוצאת הרישיון	9/9/2019	4.7.2024
0232670	A2/B	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך	26/3/2024
8681167	סוג	תוצרת/דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
2009	מס' פליטה	תאריך תשלום	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך	30/4/2024
931800870123-00	הס' 203-	9/4/2023	9/4/2023	9/4/2023	9/4/2023
מספר אישי	דריגה	כתובת היחידה	תאריך שהייר (לחילום בלבד)		

4
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

בתאריך 3/8/2023 בשעה 14:00 במקום רח' מקצב קדש 64 קנ' קרק
תיאור המקרה: עזרת קק"ל בשלשלת יולדת מאחורי קנ"ל המקדל מצ
מצד ימין, מקצב קדש-קנ' קרק (כ"ל צפון), שלשלת את
מקדל "אקד" למכירה ולשבת רב, צא ירכב אצלי-אולדוס או
משלוח מ"מין מקי' להסתכל בפני שלשלת (כ"ל צפון) העצ'י.
שאלצתי לקדש קדשאל'ת כ"י אה"מ"ע מהנהג שלוח
מה"מ"ע פילגו י"מ"ע, קק"ל מכה מצד קדש י"מ.
אשתי עזרה קדש חמורה קדש, האולדוס לא נשאר.
נצלרבים קצ' מסמכים מקד"ח תל השלוח.

(b)(7)(D) is not a

שם הנכנס	מס' תעודת זהות	כתובת	סניף ע"י	שם בית החולים / קופ"ח
מ'ש הרן	122#4 000763243	חלק 4	מאמקלנס	ש"ק
מ'ר רחל הרן	006215271	עזרת שאלה	מאמקלנס	ש"ק

RECEIVED

מס' ד"	מס' רכב	ט"ז	פרטי נהג	כתובת הנהג	שלפון	חברת ביטוח	מס' פוליס
1	8681167	המל"א	מ' רזק	התק 4 # 12	5887281	הפ"ל	203- 71800870 123-00
2							

סמן $\times$ במקום המתאים.

נספח 2 :

התובעת 1 - תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 34)



חסי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור

6215271 הרן מאיה

בת: 78

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405220

מספר קבלה: 03190103082023

תאריך ביקור: 03/08/2023 17:17

אבחנות מסכמות

- Fracture of lateral malleolus [ankle] (824.2) (Right)
- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות:

תאונת דרכים, חובת אופנוע. נחבלה בראש ללא איבוד הכרה.

כאבים בצלעות צד ימין כאבים בקרסול ימני.

נחבלה בברך ימנית.

מדווחת על כאבים בהנעת הצוואר הונח צווארון כעת

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	מספר נשימות
18:04 03/08/2023	2	18
17:42 03/08/2023	2	16

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר ז'אן אופיר מ.ר. 165115 22:42 03/08/2023

בת 78 צלולה ועצמאית נוטלת אספירין ראה אנמנזה לעיל נפלה על צד ימין כמתואר, עם חבלת ראש בזמן שהייתה עם קסדה ללא איבוד הכרה וללא בחילות או הקאות מאז מלינה בעיקר על כאבים בקרסול ימין וצלעות ימין בבדיקתה: מדדים תקינים, דופק 95 ללא סימני חבלה על הראש נינוחה נשימתית באוויר חדר משתעלת ללא קושי בטן רכה ללא רגישות ללא דפורמציה בבית חזה בדיקה נירולוגית גסה תקינה צילום חזה ללא חזה אוויר, ללא רושם לשבר לאור חבלת ראש הוסבר כי ניתן להשלים CT מח אך יש חשד נמוך לדימום או פגיעה מוחית לאור כך שחבשה קסדה וללא דגלים אדומים באנמנזה או בדיקה גופנית מעדיפה כעת להשתחרר- הסברתי על דגלים אדומים בגינם יש לשוב למיון לרבות הקאות או ירידה במצב ההכרה משוחררת עם ההמלצות הבאות:

ד"ר רעני גלי מ.ר. 164327 19:46 03/08/2023

בת 78 ביום פנייתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים כמורכבת על קטנוע, כאשר סטו עלמנת שלא לפגוע במשאית שחדרה לגתיב, נפלו על צד ימין חבשה קסדה מלינה על כאב קל בצוואר, בעיקר כאב בקרסול ימין בבדיקתה: בצווארון - צווארון הוסר - ללא רגישות מעל קו האמצע, רגישות פאראורטברלית קלה, יותר משמאל, ללא הגבלה או כאב בהנעת הצוואר סטטוס נירולוגי לפי ASIA C5-T1 שמור מוטורית וסנסורית ללא רגישות מעל עצמות חגורת גפיים עליונה ללא רגישות מעל אגן ללא הגבלה בהנעת ירכיים או ברכיים קרסול ימין נפוחות, ללא המטומה, ללא פגיעה עורית רגישות מעל פטישון לטרלי, ללא רגישות מעל פטישון מדיאלי או ראש פיבולה או בסיסי מסרקים 1 ו-5. מניעה קרסול עם כאבים מניעה בהונת תחושה שמורה דופק DP נמוש היטב רגישות קלה מעל בית החזה מימין בצילום קרסול ימין - שבר פטישון לטרלי WEBER B בצילום ברך ימין - מ/א TKR ללא ממצא גרמי חריף בצילומי קרסול בעמידה ללא פתיחה מדיאלית הושמה בחבישה מרופדת קיבלה מרשם למגף דריכה ארוך הונחתה להתהלך עם מגף דריכה ולהגיע לביקורת מרפאתו בעוד שבוע עם צילום ביקורת בעמידה. משוחררת מבחינה אורתופדית עם ההמלצות להלן:

מכתב שחרור

6215271 הרן מאיה

בת: 78

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405220

מספר קבלה: 03190103082023

תאריך ביקור: 03/08/2023 17:17

חשוי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המלצות

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
03/08/2023 22:43		דר' זיו אופיר מ.ר. 165115	מעקב רופא מטפל משככי כאבים לפי צורך ומרשם מצורך בכל החמרה בכאבים, הקאות מרובות, שקיעה הכרתית לחזור למיון
03/08/2023 21:11	אורתופד	דר' רעני גלי מ.ר. 164327	ביקורת מרפאת אורתופדיה כללית במוסדנו בעוד שבוע - יש לתאם תור בטלפון 03-5305000 צילום ביקורת בעמידה במסגרת ביקורת מרפאה - קיבלה הפנייה לצילום -מותרת דריכה עם מגף דריכה - קיבלה מרשם -רגל מורמת במנוחה -משככי כאבים לפי הצורך -בכל החמרה תסמינית יש לפנות לבדיקת רופא -העברה באמבולנס

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				5 ימים	ביום 1 X 3	1 tab/ cap	P.O	ZALDIAR (TraMADol 37.5+Paracetamol 325 mg) (Paracetamol / Acetaminophen, traMADol)

חסוי רפואי

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

Ofir Ziv
03/08/2023
22:43:38

נחתם ע"י: דר' זיו אופיר מ.ר. 165115

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

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

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

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי. אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪. זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים. ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים: פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> בברכת בריאות שלמה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

5

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



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

מרפאה אורתופדיה כללית

טלפון: 03-5302014

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון
מנהל יחידת כף רגל וקרסול: ד"ר ברוך נתן(נוני)
אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

פקס: 03-5302825

סיכום לרופא המטפל

6215271 הרן מאיה

בת: 78

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל, גבעת שמואל 5405220

מספר קבלה: 23514451

תאריך ביקור: 10/08/2023 11:36

אבחנות בביקור

- Fracture of lateral malleolus [ankle] (824.2) (Right)

תלונה עקרית

בת 78, גירופתיה פריפרית ער לא ידוע

3/8/23 שבר SER2 קרסול ימין שטופל שמרנית.
נעת שבוע לאחר הפציעה. מאז מהלכת עם מגף דריכה.
כאב בשליטה.
לא ביצעה פסיותרפיה.

בבדיקה, בצקת +1. רגישות לטרלית.

טווחים FD 10, PF 20

תת תחושה סוראלית ו DPN.

תקינה וסקולרית

צילום בעמידה - שבר WEBER B. ללא פתיחה מדיאלית או סינדסמוטית.

המלצות:

הליכה בעזרת מגף דריכה ל 3 שבועות נוספים

התחלת פסיותרפיה - שמירה על טווחי תנועה לפי סף כאב בלבד.

המשך נטילת נוגדי קרישה

נוגדי כאב לפי הצורך

ביקורת מרפאתנו / קופת חולים לפי נוחות בעוד חודש עם צילום ביקורת

חתימה:

נחתם ע"י: דר' בליאנו שניר מ.ר. 163364

אם במהלך הברור והטיפול בכך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה.
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במל"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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



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

מרפאה אורתופדיה כללית

טלפון: 03-5302014

פקס: 03-5302825

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון
מנהל יחידת כף רגל וקרסול: ד"ר ברוק נתן(נוני)
אחות אחראית: גב' סיגלית יעקובי

סיכום לרופא המטפל

6215271 הרן מאיה

בת: 78

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405220

מספר קבלה: 23694150

תאריך ביקור: 12/09/2023 11:33

אבחנות בביקור

- Fracture of lateral malleolus [ankle] (824.2) (Right)

תלונה עקרית

בת 78, נזרפתה פריפריה ער לא ידוע

3/8/23 שבר SER2 קרסול ימין שטופל שמרנית.
כעת שבוע לאחר הפציעה. מאז מהלכת עם מגף דריכה.
כאב בשליטה.
לא ביצעה פסיותרפיה.

בבדיקה, בצקת + 1. רגישות לטרלית.

טווחים FD 10, PF 20

תת תחושה סוראלית ו DPN .

תקינה וסקולרית

צילום בעמידה - שבר WEBER B. ללא פתיחה מדיאלית או סינדסמוטית.

המלצות:

הליכה בעזרת מגף דריכה ל 3 שבועות נוספים
התחלת פסיותרפיה - שמירה על טווחי תנועה לפי סף כאב בלבד.
המשך נטילת נוגדי קרישה
נוגדי כאב לפי הצורך
ביקורת מרפאתנו / קופת חולים לפי נוחות בעוד חודש עם צילום ביקורת

ביקורת ד"ר ברזילי 12/9 :

בדיקה:

מהלכת ללא עזרים בעזרת מגף דריכה

רגישות קלה ע"ג פטישון לטרלי

ללא נפיחות או בצקת משמעותית

טווחים FD 10, PF 20

תת תחושה סוראלית, DPN שמור

תקינה וסקולרית

ללא רגישות בהנעת קרסול

צילום בעמידה - שבר WEBER B

סימני קאלוס ראשוניים ללא שינוי משמעותי בעמדה

ללא עדות פתיחה מדיאלית או סינדסמוטית.

סיכום לרופא המטפל

6215271 הרן מאיה

בת: 78

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405220

מספר קבלה: 23694150

תאריך ביקור: 12/09/2023 11:33

חסי רפואי

המלצות:

פיזיותרפיה- דריכה והפעלה בהדרגה לפי יכולת
המשך דריכה במגף לפי צורך/ נוחות למשך 3 חודשים
ביקורת אורתופד בקהילה בעוד 6 שבועות או לפי צורך
משככי כאב לפי צורך



Ran
Barzilay
12709/2023
11:38:32

נחתם ע"י: דר' ברזילי רן מ.ר. 170185

אם במהלך הבירור והטיפול בכך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חניג לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 12/09/2023 11:38

תאריך: 15/08/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0059845479



025310

מסמך אושר
דיגיטלית
מוצג

קוד הפניה: 338239650

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

"ר אידלשטיין אלון

שפוחה, פנימית וכללית

התמחויות:

ומחה ברפואת המשפחה

7

פרטי הנבדק:	שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה	ת.ז.: 6215271
ת.לידה: 01/05/1945	מין: נ	טלפון: 035325054	טל.עבודה/נייד: 0543024977
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	מיקוד: 5405220		
0006215271			

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2040	מוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)
2020	מוד שדרה צווארי 1 צילום דנס

ואלה למבצע הבדיקה: האם עדות לנזק גרמי חריף?

חיפוט הפענוח: רגיל

לונות: לפני כ 12 יום נחבלה בתאונת אופנוע בצידו הימני של הגוף

מצייתת חבלת ראש ללא איבוד הכרה, חבשה קסדה
כמו כן נחבלה בברך ימנית (מצב לאחר TKR) צילומי ברך ללא ממצא חריג על פי גליון מיון
בקרסול ימני שבר פטישון חיצון.
מתארת סבל מחבלה בצלעות, יש הפחתה בכאב
קיימים כאבי ראש ללא הקאות.

הנאם: בבדיקת הגבלה בתנועת עמה"ש הצווארי בעיקר ברוטציה שמאלית והטיה שמאלית
פנים סימטריות, אישונים תקינים.
ללא סימני צד בולטים
לציין כניסת האויר שווה וטובה לשתי הריאות.

בחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

כעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

מכבי

ד"ר אלון אידלשטיין

מ:מחה ברפואת משפחה

מ"ר 25310 מ"ר 20528

חתימה וחוקת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2023 עד תאריך - 11/02/2024

עשנ/ת: לא

15/08/2023

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב קרית אונו

טלפון סניף: 037362656, פקס: 037362655, email: ono@mashovltd.co.il

תאריך: 06/09/2023

מס' תיק בבדק: 20154181

מס' ביקור: 2146485

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר אידלשטיין אלון

הנדון: גב"/מר: הרן מאיה ת"ז: 006215271 מין: נ

תאריך לידה: 01/05/1945

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל

טלפון: 5325054-03

...



להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 06/09/2023 :

סיבת ההפניה: כאבים

צילום ברך ימין

מצב לאחר החלפת מפרק

שינויים ניווניים בפיקה.

צילום ע"ש צווארי + דנס

יישור של הלרדוזיס

שינויים ספונדילוטים 2-6C עם היצרות בולטת של מרווח ביניהם.

אין לראות ממצא גרמי פתולוגי בדנס.

צילום קרסול ימין

שבר עם תזוזה במליאולוס לטראלי.

דורבן קדמי ואחורי בעקב.

...

בברכה

ד"ר מינקוב יולי

מ.ר. 23399

מ.ר.מ 18022

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקלידה: מינקוב יולי

טכנאי מבצע: מיכאל אלישביץ

הבדיקה בוצע בסניף: משוב קרית אונו

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



תאריך: 15/08/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0059845479



025310



קוד הפניה: 338240154

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

8

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה
ת.ז.: 6215271	טלפון: 035325054
ת.לידה: 01/05/1945	מין: נ
כתובת: 0006215271	השקד 4/122, גבעת שמואל
מיקוד: 5405220	טל.עבודה/נייד: 0543024977

הפניה למכון דימות - C.T

ד"ר אלון אידלשטיין
מימחה ברפואת משפחה
מ"ר 25310, מ"ר 20528

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

לפני כ 12 יום נחבלה בתאונת אופנוע בציידו הימני של הגוף
מצינית חבלת ראש ללא איבוד הכרה, חבשה קסדה
כמו כן נחבלה בברך ימנית (מצב לאחר TKR) צילומי ברך ללא ממצא חריג על פי גליון מיון
בקרסול ימני שבר פטישון חיצון.
מתארת סבל מתבלה בצלעות, יש הפחתה בכאב
קיימים כאבי ראש ללא הקאות.

ממצאים:

בבדיקת הגבלה בתנועות עמה"ש הצווארי בעיקר ברוטציה שמאלית והטיה שמאלית
פנים סימטריות, אישונים תקינים.
ללא סימני צד בולטים
לציין כניסת האויר שווה וטובה לשתי הריאות.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

רגישויות:

03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות:

12/09/2008 - SIMVASTATIN - כאבי שרירים
10/10/2010 - STATATOR - כאבי שרירים
10/10/2010 - PRAVALIP - כאבי שרירים

תרופות קבועות:

LERCAPRESS 10MG X 30 1X1X90
VECTOR 80MG X 30 1X2X90
CARTIA 100MG X 28 1X1X90
EZECOR 10MG X 30 1X1X90
LIPITOR 10MG X 30 1X1X90
VABEN 10MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

תאריך: 15/08/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

ת.לידה:

01/05/1945

מין: נ

טלפון: 035325054

טל.עבודה/נייד: 0543024977

כתובת:

השקד 4/122, גבעת שמואל

מיקוד 5405220



0006215271

הפניה למכון דימות - C.T

בדיקה דרושה

פרוטוקול ביצוע הבדיקה

קוד מב"ר

L1039

CT מוח ללא הזרקת חומר ניגוד

שאלה לרדיולוג:

שלילת דמם אינטראקראניאלי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
28/05/2023	79 ימים		Creatinine (B)
28/05/2023	79 ימים		eGFR
		83	
		0.7	

שם הרופא: ד"ר אידלשטיין אלון

תאריך: 15/08/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2023 עד תאריך - 11/02/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** גא להצטייד בכרטיס מגנטי **



מכבי
ד"ר אלון אידלשטיין
מימחה ברפואת משפחה
מ"ר 25310, מ"מ 20528

מכון CT

הנדון: הרן, מאיה רחל, ת.ז: 006215271 תאריך לידה: 01/05/1945

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 22/08/2023

בדיקת CT ראש ללא הזרקת חומר ניגוד.
סיבת ההפניה: חשד לדימום.
נערכה השוואה לבדיקה קודמת מתאריך: 22/07/2022.

ממצאי הבדיקה:
ללא עדות לדמם אינטרה או אקסטרה-אקסיאלי.
ללא אפקט מסה או סטייה של מבני קו האמצע.
חדרי המוח במנח מרכזי ובגודל תקין.
התמיינות שמורה בין חומר אפור ולבן.
שינויים ניוונים בחומר לבן סביב חדרי המוח הצדדים - על רקע מיקרואנגיופתיה.
חריצים וציסטרנות בהתאם לגיל.
מבני גומה אחורית בגדר הנורמה.
שקדי המוחון בעמדה תקינה.
אזור תקין של מערות הפנים ותאי המסטואיד.
בחלון לעצמות ללא עדות לממצא גרמי הרסני.

לסיכום:
ללא עדות לדמם אינטרה או אקסטרה-אקסיאלי וללא ממצא אינטרה-פרנכימטי חריג.
השאר כמתואר בגוף הטקסט.

בברכה,
ד"ר נגר אושרוב אנה
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 129435

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, ביורורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסוּטָא 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 לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

תאריך: 15/08/2023

מכבי שירותי בריאות

22/8/23
י"א אלול
1300

מ.ר גורם מפנה



025310

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

ד"ר אידלשטיין אלון
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 338240375

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

12

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה
ת.ז.: 6215271	טלפון: 035325054
ת.לידה: 01/05/1945	מין: נ
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	טל.עבודה/נייד: 0543024977
מיקוד: 5405220	

0006215271

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני כ 12 יום נחבלה בתאונת אופנוע בצידו הימני של הגוף
מצינית חבלת ראש ללא איבוד הכרה, חבשה קסדה
כמו כן נחבלה בברך ימנית (מצב לאחר TKR) צילומי ברך ללא ממצא חריג על פי גליון מיון
בקרסול ימני שבר פטישון חיצון.
מתארת סבל מחבלה בצלעות, יש הפחתה בכאב
קיימים כאבי ראש ללא הקאות.

ממצאים: בבדיקתה הגבלה בתנועת עמה"ש הצווארי בעיקר ברוטציה שמאלית והטיה שמאלית
פנים סימטריות, אישונים תקינים.
ללא סימני צד בולטים
לציין כניסת האויר שווה וטובה לשתי הריאות.

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

רגישויות: 03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבי שרירים - SIMVASTATIN - 12/09/2008
כאבי שרירים - STATOR - 10/10/2010
כאבי שרירים - PRAVALIP - 10/10/2010

תרופות קבועות:

- LERCAPRESS 10MG X 30 1X1X90
- VECTOR 80MG X 30 1X2X90
- CARTIA 100MG X 28 1X1X90
- EZECOR 10MG X 30 1X1X90
- LIPITOR 10MG X 30 1X1X90
- VABEN 10MG X 30 1X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: הערכה וטיפול לאחר תאונת דרכים, חבלה בצלעות, בברך ובקרסול

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 15/08/2023

מ.ר גורם מפנה



025310



קוד הפניה: 338240375

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה
ת.ל.ז.: 6215271	ת.ל.ז.: 0543024977
ת.לידה: 01/05/1945	מ.י.נ: 035325054
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	טלפון: 5405220
מיקוד: 5405220	מיקוד: 5405220
0006215271	

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2023 עד תאריך - 11/02/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

15/08/2023

תאריך

חתימה וחזותמת

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

ד"ר אלון אידלשטיין
מימחה ברפואת משפחה
מ"ר 25310, מ"ר 20528



תאריך: 11/09/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



020423



קוד הפניה: 342065449

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

ד"ר שר לוריא ניר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

טל.עבודה/נייד: 0543024977

035325054

טלפון:

מין: נ

01/05/1945

ת.לידה:



0006215271

כתובת:

השקד 4/122, גבעת שמואל

מיקוד 5405220

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 76, בריאה

תע: חבלת קרסול ימין לפני כ 5 שבועות,
שבר פטישון לטלרי וובר B יציב
מגף הליכה (טופלה ב תל השומר

ממצאים: צלומים 6-9-23

עדש צווארי שני חשיקה במספר גבהים
צ קרסול

שבר וובר B תזוזה קלה, סימני חביון. מורטיס שמור
קלנית נפיחות קרסול מסוימת
כאב קל פטישון לטרלי

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR



רגישויות: 03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבי שרירים - SIMVASTATIN - 12/09/2008
כאבי שרירים - STATOR - 10/10/2010
כאבי שרירים - PRAVALIP - 10/10/2010

תרופות קבועות:

- LERCAPRESS 10MG X 30 1X1X90
- VECTOR 80MG X 30 1X2X90
- CARTIA 100MG X 28 1X1X90
- EZECOR 10MG X 30 1X1X90
- LIPITOR 10MG X 30 1X1X90
- VABEN 10MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: הפעלת קרסול ; חליזוק שרירים פרונאליים. שיפור פרופראוספציה עבודה עם TILT BOARD

ד"ר ניר שר-לוריא
מומחה לכירורגיה אורתופדית ילדים
מ.ר 20423 מ.ר.מ 15215
הפכני הרפואי ע"ש חשיבא

11/9/23

פיזיותרפיה

טלפון: 03-5304111

פקס: 073-2132783

כתובת: ירושלים 39, קריית אונו (קומה 2).

פרטי הנבדק:		שם משפחה: הרן		שם פרטי: מאיה		ת.ז.: 6215271	
ת.לידה: 01/05/1945		מין: נ		טלפון: 035325054		טל.עבודה/נייד: 0543024977	
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל		מיקוד: 5405220					

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר אידלשטיין אלון

תאריך הפקדה: 19/11/2023

תאריך הפקדה: 19/11/2023

ת.ז.: 6215271

ת.ז.: 6215271

הרן מאיה

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS •
FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
שהמטופלת תצליח ללכת ק"מ			22/08/2023
שהמטופלת תצליח לנהוג לסטודיו פיסול בבת ים			22/08/2023
שהמטופלת תצליח לעלות ולרדת במדרגות			22/08/2023

טופל החל מ- 22/08/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	26	57
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	2
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
TELEPHONE TREATMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 15 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

תאונת דרכים מתאריך 3.8.2023
היא ובעלה נסעו על קטנוע ובלמו חזק ע"מ לא להתנגש במשאית, עפו כ-3 מטר.
נפצעה בצלעות, אובחן שבר יציב בלטרל מלאולוס ימין, לא נותח. לא

חתימה

פיזיותרפיה טופס

19/11/2023

טלפון: 03-5304111

פקס: 073-2132783

כתובת: ירושלים 39, קריית אונו (קומה 2).

פרטי הנבדק:		שם משפחה: הרן		שם פרטי: מאיה		ת.ז.: 6215271	
ת.לידה: 01/05/1945		מין: נ		טלפון: 035325054		טל.עבודה/נייד: 0543024977	
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל		מיקוד: 5405220		מיקוד: 5405220		מיקוד: 5405220	



אושפזה.
כאבי צוואר וצלעות שמעיר בלילה.
המלצת אורתופד ללכת עם מגף במהלך היום, להוריד בלילה ולהתנייד
עם הליכון. למשל כחודש וחצי
עברה סדרת טיפולים בפיזיותרפיה, הטיפול כלל טיפול מנואלי, תרגילים,
והדרכה לתרגלו עצמי.
היום מתניידת ללא אבזר עזר על סוגי המשטחים, עולה ויורדת באופן
ריצרוקי במדרגות, עדיין עם בעיה בש"מ
פחות יציב הבעמדה על רגל אחת או במעידה עם בסיס צר.
קיבלה תרגילים לתרגלו באופן עצמי בבית.
סיום טיפול בשלב זה.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: היבא מסארוה

שם המכון: קרית אונו מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה



היבא מסארוה
פיזיותרפיה
מספר רשיון: 10-139666

חתימה

תאריך: 13/12/2023

מ.ר. גורם מפנה



020423

קוד הפניה: 354535819



מכבי שירותי בריאות

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

ד"ר שר לוריא ניר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה	ת.ז.: 6215271
ת.לידה: 01/05/1945	מין: נ	טלפון: 035325054	טל.עבודה/נייד: 0543024977
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	מיקוד: 5405220		

0006215271

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפנייה:

בביקור בתאריך 11/09/2023 בשעה 18:23:28
בת 76, בריאה

11-9-23 חבלת קרסול ימין לפני כ 5 שבועות,

שבר פטישון לטרלי וובר B יציב

מגף הליכה (טופלה ב תל השומר

צ קרסול

שבר וובר B תזוזה קלה, סימני חביון. מורטיס שמור

קלינית נפיחות קרסול מסוימת

כאב קל פטישון לטרל

===

13-12-23

כאב גב תחתון

מספר חודשים

קורסן למפשעה ימין

ממצאים:

קרסול ימין נפיחות קלה . כאב קל פטישון לטרלי

דפקין נמשו

ממרקי ירך תנועה ללא כאב

עמש- כבא נקודתי עש מתני תחתון ימני כפיפה תקינה

==

צלומים דצמסק 23

שר פפטישון לטרלי מחובר עמדה תקינה

צלום מרמפקי ירך רמז לארתרוזיס 2 ראשי פמור,

עש מתני היצרות דגנרטבית L5S1

- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
- BACKACHE

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

בעיות פעילות:

מעשנת : לא

רגישויות:

03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות:

12/09/2008 - SIMVASTATIN - כאבי שרירים
10/10/2010 - STATOR - כאבי שרירים

משרד שירותי המבחן וההזמיה בע"מ

משרד קריית ארנו

טלפון סניף: 037362656, מקט: 037362655, email: ono@mashovltd.co.il

תאריך: 11/02/2024

מס' תיק נבדק: 20154181

מס' ביקור: 2247509

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר אידלשטיין אלון

הנדון: גב/מרה: הרן מאיה ת"ז: 006215271 מין: נ

תאריך לידה: 01/05/1945

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל

טלפון: 5325054-03

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 11/02/2024:

משרד קריית ארנו

סיבת הפניה: לאחר הבלה.

U/S כתף ימין RC

הדגמת גיד ה- Biceps בתוך ה- Bicipital Groove, הגיד מאוד היפואקואי מהרגיל ובלתי סדיר, לא ניתן לשלול קרעים. הודגם נוזל לא צלול סביבו.

פרוקסימלית מדיאלית הודגמו גיד ושריר ה- Subscapularis, הגיד הודגם בעובי וצורה תקינים. אין עדות סונוגרפית לקרע.

לטרלית הודגמו גיד ושריר ה- Supraspinatus. הגיד היפואקואי מהרגיל ובלתי סדיר,

בחלקו הטרמלי הודגמו מספר הסתיידויות צפופות עד אורך מקסימלי 0.4 ס"מ.

רושם למספר קרעים חלקים עד אורך מקסימלי 1.2 ס"מ.

מאחור הגידים - Infraspinatus וה- Teres Minor בעובי וצורה תקינים. אין עדות סונוגרפית לקרע.

הודגם תפליט סובדלתואידי לא צלול, הודגמו מספר הסתיידויות קטנות בתוך הבורסה.

ה- ACJ - מודגמת אי סדירות באזור המפרק.

לא הודגמה צביטה באבדוקציה.

בסיכום : כמתואר בגוף הפענוח.

נדרש צילום כתף רלוונטי , בתחום של 3 חודשים , כהשלמת בדיקת הסונוגרפיה

של הכתף. במידה ולא קיים במהלך בדיקת הסונוגרפיה, נא לבצעו ולפנות לרופא

המטפל לאינטגרציה עם בדיקת הסונוגרפיה שבוצעה .

טכנאית מבצעת: אוקסמן ילנה

בברכה

ד"ר פישר אלכס

מ.ר. 16730

מ.ר.מ 9211

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד) .

הבדיקה בוצע בסניף: משוב קרית אונו

הקלידה: יא

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

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב קרית אונו

טלפון סניף: 037362656, פקס: 037362655, email: ono@mashovltd.co.il

תאריך: 11/02/2024

מס' תיק נבדק: 20154181

מס' ביקור: 2247509

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר אידלשטיין אלון



0059845479

025310

קוד הפניה: 360130029



טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: הרן	שם פרטי: מאיה	ת.ז.: 6215271
ת.ל.עבודה/נייד: 0543024977	טלפון: 035325054	מין: נ	ת.ל.עבודה/נייד: 0543024977
מיקוד: 5405220	השקד 4/122, גבעת שמואל	ת.ל.עבודה/נייד: 0543024977	מיקוד: 5405220

US איברים

קוד: 6862
 הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
 כתף ימין

שאלה למבצע הבדיקה: בירור כאב בכתף ימנית לאחר חבלה לפני כ-5 חודשים בתאונה עם הגבלה בתנועה באבדוקציה

תלונות: שיעול ליחתי, ירוקה, צמיגה, כאבי שרירים, חולשה למעלה משבועיים ללא עליית חום

בדיקת קורונה ביתית שלילית פעמיים. מצינת כמו כן כאב כתף ימנית שהחל לאחר תאונה אופנוע לפני כ-5 חודשים והחמיר בחודשי החורף עם הקור, עד עתה לא עברה כל בירור בנושא זה

ממצאים: במצב כללי טוב ללא כל סימני מצוקה נשימתית או אחרת.

לוע - תקין ללא אודם או תפליט מוגלתי. כניסת אוזר שווה וטובה דו צידית לשתי הראות ללא תרחורים או צפצופים. בבדיקת הכתף הגלב הקלה באבדוקציה ובתנועות סיבוביות



אבחנה:

- UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
- SHOULDER PAIN

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

18/01/2024

מרכז דימון תורים 3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/01/2024 עד תאריך - 16/07/2024

0059845479 : 025310
 מסמך אושר דימטלית מנבי

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



מכון דימות:השלום כתובת: יגאל אלון 96 תל אביב-יפו טלפון: 03-7614020

גורם רפואי מפנה:

שם: ד"ר סעד רביע

מזה: 148514

תאריך הבדיקה: 23/01/2024

תאריך הפיענוח: 23/01/2024

שם הנבדק: הרן מאיה

ת.ז הנבדק: 6215271

כתובת הנבדק: השקד 4/122 גבעת שמואל 5405220

טלפון הנבדק: 03-5325054 טלפון נייד: 054-3024977

תשובת בדיקת דימות: 24063895

כתף 2 צילומים + כתף scapular view + עצם הבריח

סיבת ההפניה:

חבלה

ממצאים:

משמאל:

=====

אין לזהות קו שבר או נקע.

שינויים ניווניים בראש הזרוע, ACJ, GHJ.

בברכה

ד"ר נלי גרמן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 35047

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון:

03-6201055

פקס:

03-6201460

מ.ר גורם מפנה



0059845479



025310

קוד הפניה: 360129879



כתובת: הדיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

שם משפחה: הרן

טל.עבודה/נייד: 0543024977

035325054

טלפון:

מין:

01/05/1945

ת.לידה:



0006215271

מיקוד: 5405220

השקד 4/122, גבעת שמואל

כתובת:

מכון רנטגן

הבדיקה הנדרשת

קוד

3030

כתף ימין 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: ברור כאב בכתף לאחר חבלה

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: שיעול ליחתי, ירוקה, צמיגה, כאבי שרירים, חולשה לנועלה משבועיים ללא עליית חום

בדיקת קורונה ביתית שלילית פעמיים

מצינת כמו כן כאב כתף ימנית שהחל לאחר תאונת אופנוע לפני כ-5 חודשים והחומר בחודשי החורף עם הקור, עד עתה לא עברה כל ברור בנושא זה

ממצאים: במצב כללי טוב ללא כל סימני מצוקה נשימתית או אחרת.

לוע - תקין ללא אודם או תפליט מוגלתי

כניסת אויר שווה וטובה דו צידית לשתי הראות ללא חרחורים או צפצופים

בבדיקת הכתף הגלגל הקלה באבדוציה ובתנועה סיבובית

אבחנה:

- UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
- SHOULDER PAIN

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS (08/11/2005) (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

מעש/ות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/01/2024 עד תאריך - 16/07/2024

18/01/2024

החתימה והחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



א

שלום, מאיה הרן

בתי מרקו

פעולות ומידע

זימון תורים

הגשית מ-מסמך זה

תיק רפואי

בקשות מהרופא

סטטוס בקשות ייתר להגיש

חיפוש בבקשות



18/02/2024

ועד תאריך



18/02/2022

מתאריך

☐ הודעות שלא נקראו/או לא אושרו



סו

קובץ



תיאור כל הפניות

גורם מטפל

תחום

תאריך

טו

שאלה לרופא

דר' אלון אידלשטיין

משפחה

13/02/2024

מענה הרופא

דר' אלון אידלשטיין

רפואת משפחה

13/02/2024



יתכן ונגרם נזק חבלתי לגידי השרירים המניעים את הכתף על פי תוצאות הבדיקה נדרש יעוץ אורטופדי על פי רוב לא מנתחים אלא מפנים לטיפול פיזיותראפי שמחזק את הגידים שלא נפגעו להשלמת המסקנות אני ממליץ שוב על פגישה עם אורטופד

במידה ורופאך לא הנחה אותך אחרת, לא נדרש להשיב למענה הרופא

אישרת את קבלת ההודעה

בכל מקרה של שאלה או אי הבנה, ניתן לפנות לרופא

התחל
צ'אט

זקוקים להדרכה באתר?
נתקלתם בתקלה טכנית?

נספח 3 :

התובע 2 תעודות רפואיות

(עמודים 36 עד 54)



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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור.

763243 הרן מיכה

בן: 79

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405200
מספר קבלה: 03220103082023
תאריך ביקור: 03/08/2023 17:25

אבחנות מסכמות

- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)
- Contusion of shoulder region (923.00) (Right)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION NOS (401.9)

ניתוחים בעבר

S/P RIRS - NEPHROURETEROSCOPY & LITHOTRIPSY (56.0) (Right) (29/04/2015)
S/P TRANSURETHRAL REMOVAL OF OBSTRUCTION FROM URETER AND RENAL PELVIS (56.0) (01/01/2005)
S/P HERNIA NEC (553.8)
(הערה: 3 צדדי, אחד חוזר, סה"כ 3 ניתוחים לפני 20-30 שנה)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: פונה למיון לאחר מוערבות בתאונת דרכים נוהג בקטנוע, נפגע בכתף וברך ימין.

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' רעיני גלי מ.ר. 164327 03/08/2023 19:35

בן 79 ביום פנייתו היה מעורב בתאונת דרכים כרכב אופנוע כאשר סטה עלמנת להמנע מפגיעת משאית שנכנסה לנתיבו, נפל עם האופנוע על צד ימין חבש קסדה מלין על כאבים בכתף ימין בבדיקתו: מתהלך בתבנית תקינה מניע צוואר ללא הגבלה וללא כאבים סטטוס נוירולוגי לפי L2-S1 ו-ASIA C5-T1 שמור מוטורית וסנסורית כתף ימין ללא סימן חבלה ללא דפורמציה ללא רגישות גרמית מעל עצם הבריח, ACJ או ראש ההומרוס טווח תנועה מלא וטוב, מעט כאוב סימן שפשוף שטחי מרפק ימין, ללא רגישות גרמית וללא הגבלה בהנעה שמור עצבית דיסטלית לפי ARUM מוטורית וסנסורית סימן שפשוף שטחי ברך ימין, ללא נפיחות או תפליט, ללא רגישות גרמית, טווח תנועה מלא ללא כאבים שמור NV דיסטלית בצילומי כתף וברך ימין - ללא ממצא גרמי חריף. משוחרר עם ההמלצות להלן:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
------------	------	----------	-------

דר' רעיני גלי מ.ר. 164327 *שינוך כאבים לפי הצורך

03/08/2023

בט: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405200

פר קבלה: 03220103082023

אריך ביקור: 03/08/2023 17:25

חסי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

19:36

*קירור מקומי של איזורי החבלה
*קומפרסים חמים לצוואר/גב במידת הצורך
*מנוחה ופעילות לפי יכולת
*בהחמרה בכאבים, הופעה של חסרים נוירולוגים, ירידה בתחושה
בגפיים, חולשה, יש לפנות בדחיפות לבדיקת רופא.
*ביקורת אורתופד בקופ"ח במידת הצורך

Gali Raini

03/08/2023

19:37:09

נחתם ע"י: ד"ר רעני גלי מ.ר. 164327

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

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסור דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי.
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656 במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל

מכתב שחרור.

76 הרן מינה

79

ובת: השקד 4 גבעת שמואל . גבעת שמואל 5405200

ספר קבלה: 03220103082023

תאריך ביקור: 03/08/2023 17:25

חסי רפואי

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה





04/08/2023

בס"ד

4

הרן מיכאל ומיה
השקד 4/122
גבעת שמואל

סניף בני ברק
טל: 03-6144500-1

שעות פתיחה:

09:00-18:00 א' ה'
09:00-11:00 יום ו'

03-5325054 054-3024977
מס' ישות: 36989



השאלות:

ת.השאלה	מק"ט	תאור הפריט	ת.החזרה	סניף משאיל
04/08/23	20-8730	כסא גלגלים	02/11/23	ב"ב - המרכז להשאל
04/08/23	540	מגף איירקסט	02/11/23	ב"ב - המרכז להשאל
04/08/23	13-9206	הליכון	02/11/23	ב"ב - המרכז להשאל

ערבון:

סוג ערבון פרטי צ'ק
צ'ק 1830011-467-370004

מדינת ישראל
משרד הבריאות
בית החולים הממשלתי

לשימוש בתי מרקחת של
משרד הבריאות בלבד
שידועתי ובאחריות מורשה
בית המרקחת לספק את
התרופה מכל תוצרת
שאושרה על-ידי המוסד,
ת.

שבידכם.
בידכם.

הרן מיכאל ומיה

621527-1

35116
UCEN474

319

4B19

17:17 03/08/23 קבלה

1945

שם החולה:

מספר הזהות:

הכתובת:

הנני מתחייב/ת בזאת לשמור על שלימות ה
בני מקרה של קלקול הנובע משימוש רשמי
באם לא אחזיר את הפריטים המושאלים במ

חתימת השואל:

תרופה Rp.

מאן ברירה
אמן

עזר
מציון

מערך
תמיכה
רפואית

2/מאן ברירה

המרכז הארצי ע"ש יעקב פריד:
רח' חרב רחוב 10 בני ברק
טל: 03-6144445 פקס: 03-6144445

www.ami.org.il

164327

חתימת הרופא:

מס' הרשיון:

מ.בר. 169



07/09/2023

בס"ד

סניף בני ברק
טל: 03-6144500-1

שעות פתיחה:

א' ה' 09:00-18:00
יום ו' 09:00-11:00

הרן מיכאל ומיה
השקד 4/122
גבעת שמואל

03-5325054 054-3024977
מס' ישות: 36989

השאלות:

ת.השאלה	מק"ט	תאור הפריט	ת.החזרה	סניף משאיל
07/09/23	16-1691	טנס - משכך כאבים	06/12/23	ב"ב - המרכז להשאל
04/08/23	540	מגף איירקסט	02/11/23	ב"ב - המרכז להשאל
04/08/23	13-9206	הליכון	02/11/23	ב"ב - המרכז להשאל

ערבון:

סוג ערבון	פרטי צ'ק	סכום מזומן	פרטי אשראי	סניף משאיל
צ'ק	1830011-467-370004	0.00		ערבון פעיל

הינני מתחייב/ת בזאת לשמור על שלימות הפריטים שקיבלתי ולהחזירם לא יאחר מהתאריך הנקוב למעלה בכל מקרה של קלקול הנובע משימוש רשלני ו/או שימוש שלא לפני ההוראות, הנכם רשאים לגבות את דמי התיקון מהבטוחה שבידכם. באם לא אחזיר את הפריטים המושאלים במועד הרשום למעלה, הנכם רשאים לגבות את מלוא מחיר הפריטים מהבטוחה שבידכם.

חתימת השואל: _____



עזר
מציון
מעורר
תמיכה
רפואית

2/אדר 2023

המרכז הארצי ע"ש יעקב פריד:
רח' הרב רבינוב 5, בני ברק.
טל. 03-6144445 פקס. 03-6144444

www.ami.org.il

גיל: 79.2 מספר ביקור: 00251278276

שם רופא/ה: ד"ר אידלשטיין אלון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: שיחה עם המטופל, צ'לן במקצועו, לאחר ת"ד אותה עבר נפגע בכתפו ואובחן קרע בעובי שלם דיסטאלי לאורך כ-1.2 ס"מ מבסופראספינטוס, החל טיפול פיזיותראפי ונמצא במעקב אורטופדי מלין על הגבלה בתנועת הכתף המפריעה בעבודתו, ממליץ על המשך טיפול פיזיותראפי וקבלת חו"ד אורטופדית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROTATOR CUFF TEAR
			CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מכבי
ד"ר אלון אידלשטיין
מומחה ברפואת משפחה
מ.ר. 25310 מ.ר.מ. 20528

א.א.א.א.א.





020423

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 337466814

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

10

פרטי הנבדק:

שם פרטי: מיכה	שם משפחה: הרן	ת.ז.: 763243
טלפון: 035325054	ת.ל.ידה: 04/07/1944	מ.י.ן: ז
טל.עבודה/נייד: 0545887281	ת.ל.ידה: 0000763243	מ.י.קוד: 5405220
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בן 79. בריא

תע: תד כרוכב אופנוע 3-8-023
נחבל בכתף ימין. ללא חבלה ראש
נבדק בחדר מיון תל השומר- ללא שבר
==

9-8-23 חלפו 6 ימים

ממצאים: תנועת צוואר מלאות

כתף ימין ללא סמני חבלה חזוניים טוח פסיב שמור,
כאב טרפזיוס ואזטר ACJ
יתכן קרע ישן ביצפס.
==

ברך ימין שפשופים נקים טוח מלא מנגנון ישור תקין
קרסול שפשוף לוטלררי תנועת קרסול תקינה

אבחנה:

• CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM Right

בעיות ידועות:



- OSTEOPENIA (02/2016)
- HYPERTENSION (06/05/2010)
- PROSTATIC OBSTRUCTION (06/2021)
- NEPHROLITHIASIS (03/2004) Calcium oxalate
- SCIATICA Right (01/2015)
- DROP FOOT Right (01/2015) MILD
- DISC HERNIATION - LUMBAR WITH NEUROLOGY (01/2015) L4-5 RT
- SPINAL STENOSIS LUMBAR (03/2015)
- LITHOTRIPSY KIDNEY Right (05/2015)
- URETER LITHOTRIPSY Left (10/10/2005)

תרופות קבועות:

- PROMNIX 0.4MG X 30 1X1X90
- UROCIT K 10MEQ 10MEQ X100 1X3X90
- ALLORIL 300MG X 30 1X1X90
- AMLOW 5MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: 1. הפעלת כתף. שימור ושיפור טווח תנועה וטיפול פזיקלי מקומי
2. הפעלת הברך חיזוק שרירי הירך וטיפול פזיקלי מקומי

ד"ר שר לוריא
מומחה לכירורגיה אורתופדית ילד
מ.ר.מ. 20423
10/5/23

9/8/23

תאריך: 09/08/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



020423



קוד הפניה: 337466814

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

ר שר לוריא ניר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: הרן		שם פרטי: מיכה		ת.ז.: 763243	
ת.לידה: 04/07/1944		מין: ז		טלפון: 035325054		טל.עבודה/נייד: 0545887281	
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל		מיקוד: 5405220					

0000763243

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/08/2023 עד תאריך - 05/02/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

09/08/2023

תאריך

חתימה וחותמת

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





151004

טלפון: 03-5304111

פקס: 073-2132783

כתובת: ירושלים 39, קריית אונו (קומה 2).

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

שם פרטי: מיכה

ת.ז.: 763243



0000763243

טל.עבודה/נייד: 0545887281

035325054

טלפון:

מין: ז

04/07/1944

ת.לידה:

השקד 4/122, גבעת שמואל

כתובת:

מיקוד 5405220

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' ד"ר שר לוריא ניר

תאריך הפקה: 19/11/2023

מרת/ הרן מיכה

763243

ת"ז:

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: • CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל יצליח לנגן בצ'לו במשך 3 שעות			22/08/2023
המטופל יצליח להרים חפץ במשקל 5 ק"ג למדך מעל גובה כתף			22/08/2023

טופל החל מ- 22/08/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	62	65
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	6	2
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

THERAPEUTIC EXERCISE

Therapeutic Exercises-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Modalities-

EVALUATION REASSESSMENT

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL

EVALUATION TREATMENT TREATY

EDU SELF EXERCISE

Specific Education Techniques-

סה"כ 8 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

הגיע עם כאב כתף ימין, בעקבות נפילה עם האופנוע ב-3/8/23, טופל בפיזיותרפיה+הודרך למגוון תרגילים לביצוע בבית. סהכ שיפור עד היום, גם בכאב גם בתפקוד אך עדיין לדבריו אינו יכול לנגן

מכבי

לירון דיק

פיזיותרפיסט

מ.ר. 151004-10

חתימה



151004

טלפון: 03-5304111

פקס: 073-2132783

כתובת: ירושלים 39, קריית אונו (קומה 2).

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: הרן	שם פרטי: מיכה
ת.לידה: 04/07/1944	מין: ז
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	טלפון: 035325054
0000763243	ת.ז.: 763243
	טל.עבודה/נייד: 0545887281
	מיקוד 5405220

בצ'לו כפי שניגן לפני התאונה, מתקשה בהרמת חפצים במשקל 2-3 ק"ג למדף מעל לגובה כתף.

טווחי כתף מלאים אך כן כאב בהבאת מאחורי הגב.

ימשיך לתרגל באופן עצמאי בבית 3-4 ביום.

יבצע MRI בקרוב להמשך בירור בכתף.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: דיק לירון

שם המכון: קרית אונו מכון פיזיותרפיה





020423

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: הרן		שם פרטי: מיכה		ת.ז.: 763243	
ת.לידה: 04/07/1944		מין: ז		טלפון: 035325054		טל.עבודה/נייד: 0545887281	
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל		מיקוד: 5405220					

תמצית הביקור מתאריך 09/08/2023 בשעה 18:54

תאריך הביקור: 09/08/2023

המלצות למטופל: 79

תאונת אופנוע 3-8-23
חבלת כתף וברך ימין ללא שבריום
לUS כתף. פיזיו

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	US איברים: כתף ימין		
הפניה	מכון פיזיותרפיה		

002483457081



09/08/2023 תאריך:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שר לוריא ניר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

11



0056352354



020423

קוד הפניה: 337466704

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 763243

שם פרטי: מיכה

שם משפחה: הרן

טל.עבודה/נייד: 0545887281

035325054

טלפון:

מין: ז

04/07/1944

ת.לידה:



0000763243

מיקוד 5405220

השקד 4/122, גבעת שמואל

כתובת:

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

כתף ימין

קוד
6862

שאלה למבצע הבדיקה: מצב גידי הכתף- קרע השרוול המסובב, טנידוזיס, בורסיטיס? הסתיידות?

תלונות: בן 79. בריא

תע: תד כרוכב אופנוע 3-8-023

נחבל בכתף ימין. ללא חבלת ראש

נבדק בחדר מיון תל השומר- ללא שבר

==

9-8-23 חלפו 6 ימים

ממצאים: תנועת צוואר מלאות

כתף ימין ללא סמני חבלה חזוניים טוח פסיב שמור,

כאב טרפזיוס ואזטר ACJ

יתכן קרע ישן ביצפס.

==

ברך ימין שפשופים נקים טוח מלא מנגנון ישיר תקין

קרוסול שפשוף לוטלררי תנועת קרוסול תקינה



אבחנה:

• CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPENIA (02/2016)
- HYPERTENSION (06/05/2010)
- PROSTATIC OBSTRUCTION (06/2021)
- NEPHROLITHIASIS (03/2004) Calcium oxalate
- SCIATICA Right (01/2015)
- DROP FOOT Right (01/2015) MILD
- DISC HERNIATION - LUMBAR WITH NEUROLOGY (01/2015) L4-5 RT
- SPINAL STENOSIS LUMBAR (03/2015)
- LITHOTRIPSY KIDNEY Right (05/2015)
- URETER LITHOTRIPSY Left (10/10/2005)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

09/08/2023

מרכז זימון תורים 3555*, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך

חתימה וחומת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/08/2023 עד תאריך - 05/02/2024

ד"ר שר לוריא
מומחה לכירורגיה אורתופדית ילדים
מסמך אושר דיגיטלית
15236 מ.ר.ג. 2024

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני הידיים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

אולטראסאונד

הנדון: הרן, מיכה, ת.ז: 000763243 תאריך לידה: 04/07/1944

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 15/08/2023

סיבת הפניה: - בירור כאבים.

להלן ממצאי סריקת (U.S) : כתף (ימין)

ACJ- הודגמו שינויים ניווניים במפרק.

השרוול המסובב:

– INFRASPINATUS בעובי ובצורה תקינה. אין עדות לקרע.

– SUPRASPINATUS הודגם- קרע בעובי שלם דיסטאלי לאורך כ-1.2 ס"מ.

– SUBSCAPULARIS - הודגמו הסתיידויות זעירות במהלך הגיד, אין עדות לקרע.

BURSA SD-SA- אין לראות נוזל בתוכו.

BICEPS-TENDON- הגיד המשכי. הודגם נוזל במעטפת של הגיד.

לסיכום: - קרע בעובי שלם בגיד ה-SSP.

טכנאי/ת: אלה יוסיפוב

בברכה,
ד"ר לונדון דניאל
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 22926

הוקלד על ידי: איריס ראובן
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:

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



תאריך: 11/09/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שר לוריא ניר

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. גורם מפנה



0056352354



020423



קוד הפניה: 342066794

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

13

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

ת.ז.: 763243

שם פרטי: מיכה

טל.עבודה/נייד: 0545887281

טלפון: 035325054

מין: ז

ת.לידה: 04/07/1944

השקד 4/122, גבעת שמואל



0000763243

מיקוד 5405220

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

בביקור בתאריך 09/08/2023 בשעה 18:54:22
בן 79. בריא. מנגן בצלול בתזמורת
תע: תד כרוכב אופנוע 3-8-023
נחבל בכתף ימין. ללא חבלת ראש
נבדק בחדר מיון תל השומר- ללא שבר
==
11-9-23 כחודש אחרי

ממצאים:

בביקור בתאריך 09/08/2023 בשעה 18:54:22
תנועת צוואר מלאוה
כתף ימין ללא סמני חבלה חצוניים טוח פסיב שמור,
כתף טרפזיוס ואזטר ACJ
יתכן קרע ישן ביצפס.
==

ברך ימין שפשופים נקים טוח מלא מנגנון ישויר תקין
קרוסול שפשוף לוטלררי תנועת קרוסול תקינה
US כתף דר לונדון קרע מלא 1.2 SS סמ

אבחנה:

• CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM Right

בעיות ידועות:

- OSTEOPENIA (02/2016)
- HYPERTENSION (06/05/2010)
- PROSTATIC OBSTRUCTION (06/2021)
- NEPHROLITHIASIS (03/2004) Calcium oxalate
- SCIATICA Right (01/2015)
- DROP FOOT Right (01/2015) MILD
- DISC HERNIATION - LUMBAR WITH NEUROLOGY (01/2015) L4-5 RT
- SPINAL STENOSIS LUMBAR (03/2015)
- LITHOTRIPSY KIDNEY Right (05/2015)
- URETER LITHOTRIPSY Left (10/10/2005)

תרופות קבועות:

PROMNIX 0.4MG X 30 1X1X90
UROKIT 10MEQ 10MEQ X100 1X3X90
ALLORIL 300MG X 30 1X1X90
AMLOW 5MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

תאריך: 11/09/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שר לוריא ניר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0056352354



020423

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 342066794

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

שם פרטי: מיכה

ת.ז.: 763243

ת.לידה: 04/07/1944

מין: ז

טלפון: 035325054

טל.עבודה/נייד: 0545887281

מיקוד 5405220



0000763243

השקד 4/122, גבעת שמואל

הפניה למכון דימות - M.R.I

בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
MRI כתף (ימין)		73221

שאלה לרדיולוג:

הדגמת קרע SS עובחי מלא, אמנם בן 78 אך מוסיקאי פעיל.

מידע נוסף	פירוט
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
14/06/2023	89 ימים		Creatinine (B)
14/06/2023	89 ימים		eGFR
			0.93
			78

שם הרופא: ד"ר שר לוריא ניר

תאריך: 11/09/2023

על הנבדק/ת להגיע לבדיקה עם תפקודי כליה עדכניים

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 11/09/2023 עד תאריך - 07/06/2024

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

ד"ר שר לוריא
מומחה לכירורגיה אורתופדית ילדים
מ.ר 020423-15215
המרכז הרפואי ע"ש חיים

מכון MRI

הנדון: הרן, מיכה, ת.ז: 000763243 תאריך לידה: 04/07/1944

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 23/11/2023

להלן ממצאי בדיקת MRI של כתף ימין
הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות 2T, PD, 1T עם דיכוי שומן, ו-GE במישורים השונים.

התוויה קלינית: ברור קרע בשרוול המסובב.

ממצאים

מודגמים שינויים ניווניים היפרטרופיים במפרק ה-A/C עם אי סדירות של המשטחים הפירקיים ובצקת לשדית משני צידי המפרק.
מודגם נוזל בכמות קטנה בבורסה הסוב-אקרומיאלית.
מודגם קרע חלקי שטחי של המשטח הארטיקולרי של גיד הסופרה-ספינטוס באזור אחיזתו הקדמי אל הגבשושית הגדולה המערב פחות משליש מעובי הגיד בקוטר 1.1 ס"מ במישור הקורנלי (חתך 3 סדרה 5). מודגמת טנדינוזיס של גיד הסוב-סקפולריס.
שאר הגידים המסובבים הודגמו תקינים.
מודגמת טנדינוזיס של גיד הביצפס התוך פירקי.
מודגמים שינויים ניווניים בלברום.
הודגמו אותות תקינים ממח העצם ללא עדות לשברים או בצקות.
הודגם נוזל תוך פירקי בכמות קטנה.

סיכום: קרע חלקי של גיד הסופרהספינטוס כמתואר.

בברכה,
ד"ר פרידמן יהודה
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 21558

הוקלד על ידי: טלי יופליס
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.
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 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

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

תעודת זהות: 000763243 תאריך הדפסה: 28/11/2023 עמוד 1 מתוך 2



020423

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 354537384

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 763243

שם פרטי: מיכה

שם משפחה: הרן

טל.עבודה/נייד: 0545887281

035325054

טלפון:

מין: ז

04/07/1944

ת.לידה:



0000763243

מיקוד 5405220

השקד 4/122, גבעת שמואל

כתובת:

התייעצות מומחה

תחום שירות:

אורתופדיה - כתף

- במכבי

תלונות:

בביקור בתאריך 09/08/2023 בשעה 18:54:22

בן 79. בריא. מנגן בצלול בתזמורת

תע: תד כרוכב אופנוע 3-8-023

נחבל בכתף ימין. ללא חבלת ראש

נבדק בחדר מיון תל השומר- ללא שבר

==

11-9-23 כחודש אחרי

תנועת צוואר מלאות

כתף ימין ללא סמני חבלה חצוניים טוח פסיב שמור,

כאב טרפזיוס ואזטר ACJ

יתכן קרע ישן ביצפס.

==

ברך ימין שפשופים נקים טוח מלא מנגנון ישיר תקין

קרסול שפשוף לוטלרי. תנועת קרסול תקינה

US כתף דר לונדון קרע מלא 1.2 SS סמ=

==

13-12-23

לאחר MRI כתף

ח4 מאז הפציעה

ממצאים: MRI כתף 23-11-23 פענוח דר פרידמן]

קרע חלקי SS

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 13/12/2023 בשעה 18:35:20

אבחנה:

• CONTUSION SHOULDER &/OR UPPER ARM Right

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- OSTEOPENIA (02/2016)
- HYPERTENSION (06/05/2010)
- PROSTATIC OBSTRUCTION (06/2021)
- NEPHROLITHIASIS (03/2004) Calcium oxalate
- SCIATICA Right (01/2015)
- DROP FOOT Right (01/2015) MILD
- DISC HERNIATION - LUMBAR WITH NEUROLOGY (01/2015) L4-5 RT
- SPINAL STENOSIS LUMBAR (03/2015)
- URETER LITHOTRIPSY Left (10/10/2005)
- LITHOTRIPSY KIDNEY Right (05/2015)

תרופות קבועות:

- PROMNIX 0.4MG X 30 1X1X90
- UROCIT K 10MEQ 10MEQ X100 1X3X90
- ALLORIL 300MG X 30 1X1X90
- AMLOW 5MG X 30 1X1X90



קוד הפניה: 354537384

טלפון: 03-7462220

פקס: 03-7730699

כתובת: דמשק אליעזר 12, בני ברק

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן	שם פרטי: מיכה	ת.ז.: 763243
ת.לידה: 04/07/1944	מ.י.נ: ז	טלפון: 035325054
כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל	מיקוד: 5405220	טל.עבודה/נייד: 0545887281
0000763243		

התייעצות מומחה

מטרת ההפניה: כאב בכתף ימין לאחר חבלה. נגן בתזמורת.. לפי MRI קרע חלקי SS. נא בדיקתך וטיפולך

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/12/2023 עד תאריך - 10/06/2024

13/12/2023

תאריך

חתימה וחותמת

ד"ר ניר שר-לוריא
מומחה אורתופדית ילדים
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מ.ר 20423 מ.ר.מ. 15215
המרכז הרפואי ע"ש חשיבא



נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים התובעת 1

(עמודים 56 עד 56)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

מיה הרן - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובעת, מיה הרן, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים התובע 2

(עמודים 58 עד 58)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

מיכה הרן - נגד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובע, מיכה הרן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים מכבי.

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 6 :

התובעת 1 - יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 60 עד 63)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
ירן	שיר	6295271	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
787	4	לוד	
		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:

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
מכ"ר			
רופאים:	1.	2.	3.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.
	4.	3.	4.

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

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

תאריך: 22.2.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. **אריאל פריברג, עו"ד** חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי והמפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה

יפוי כח

אני הח"מ, מר רחוב, מס' 6215279, מס' 4 מס' 2 מס' 1
 ת.ז. מס' 6215279, מרחוב מס' 4 מס' 2 מס' 1
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין 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 הכרות 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 בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם 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 במהיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

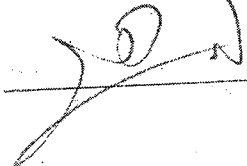
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 ותכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 22 לחודש 2 שנה 24

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~אוריאל מדינר, עו"ד~~
מ.ר. 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ מאיר בן בעל ת.ז. 6215291 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אחיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

תאריך:	2027	המחלה:	יהלום שריר	המוסד הרפואי:	-
תאריך:	-	המחלה:	-	המוסד הרפואי:	-
תאריך:	-	המחלה:	-	המוסד הרפואי:	-

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

תאריך:	-	הפגיעה:	-	המוסד הרפואי:	-
תאריך:	-	הפגיעה:	-	המוסד הרפואי:	-
תאריך:	-	הפגיעה:	-	המוסד הרפואי:	-

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילנה פריד מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזאת כי ביום 22.2.27 הופיע/ה בפני מאיר בן (המוכר/ת לי באופן אישי) שהוזהר/תה בתעודת זהות מס' 6215291 ולאחר שהוזהר/תו/יה כי עליו/יה 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

נספח 7 :

התובע 2 - יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 65 עד 68)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם/משפחה	זכר	תעודת זהות	שם האב
7703	4	763293	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
		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 ממוסדותיהם, 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: 22.2.14 עד לחתימה ומס' ת.ז. אוריאל פרידלנד, עו"ד חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

יפוי כח הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 76324 / יכר רח, מרחוב foreline 2 תת 2, מס' 76324,
ת.ז. מס' 76324, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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, לפטרים 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 21 לחודש 2 שנה 24

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ זכר רון בעל ת.ז. 763243 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה בזאת כדלקמן:

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

תאריך:	~ 8004	המחלה:	<u>אנימ כפלי</u>	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

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

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פריברג מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 22.2.84 הופיעה בפני זכר רון (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 763243 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

חתימת עורך הדין