



בית משפט השלום בכפר סבא

18 אפריל 2024

ת"א 45000-04-24 תורגמן נ' בנימין שרון
ואח'

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (نُصادق بهذا بأنه في يوم) 18 אפריל 2024 בשעה (بالساعة) 12:41 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 45000-04-24 תורגמן נ' בנימין שרון ואח'.

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 اضافية 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 : 17.4.24

טל תורג'מן, ת.ז. 207820556 : התובע

מרחוב לבונה 95, תלמי יוסף
טלפון : 050-9434434

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

1. דניאל בנימין שרון, ת"ז 214774408 : הנתבעים

מרחוב אבן ספיר 45, אבן ספיר

2. הפניקס חברה לביטוח בע"מ

מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים
טל' : 03-7332202 ; פקס : 03-7337869
דוא"ל : PtichotHova@fnx.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלת"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 והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 657-760-02 (להלן: "**הרכב**").
2. התובע, יליד 28.1.2000, נפגע בתאונה עת רכב על קורקינט.
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 וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. התובע אשר היה עתיד להתחיל לעבוד, נפגע, נבצר ממנו לעבוד מחמת מגבלותיו בעטייה של התאונה ונגרמו לו הפסדי שכר.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 4.9.23, בשעה 13:00 או בסמוך לכך, בשד' ירושלים, בתל אביב, עת רכב על קורקינט נפתחה דלת הרכב והתובע נפל ונחבל (להלן: "**התאונה**").
9. לאחר התאונה פנה התובע לקבלת טיפול רפואי ואובחן עם חבלות בזרוע ובכתף ימין עם כאבים עזים וקושי בהנעת היד והוא הופנה לקבלת טיפול במסגרת בית החולים וולפסון, בחולון.
10. התובע נבדק בבית החולים וולפסון בחולון, שם אובחן חתך בכתף ימין ובדיקת הדמיה שבוצעה וכוונה לכף יד ימין הדגימה שבר בעצם הסקפואיד. לאחר חיטוי והדבקת החתך ידו הושמה בסד גבס והוא שוחרר בהמלצה להמשך מעקב מרפאת כף יד, יד מגובסת ונתונה במתלה, גפה מורמת בשינה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

11. התובע אשר סבל כאבים עזים נטל כמצוות רופאיו טיפול תרופתי לשיכוך כאב שגרם לתגובה אלרגית שכללה נפיחות וקוצר נשימה והוא נאלץ לפנות לקבלת טיפול רפואי.
12. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת מרפאת כירורגית יד בבית החולים וולפסון ובמסגרת הקהילה והוחלט על הסרת הגבס והחלפתו בגבס חדש עם המלצה להמשך מעקב, מנוחה ונטילת טיפול לשיכוך כאב.
13. בחלוף כחודשיים בהיעדר סימני איחוי והוחלט על המשך גיבוס ושימוש במכשיר מלמק לצורך החשת האיחוי וההחלמה.
14. לאחר שהודגם איחוי בדימות הופנה התובע למיון לצורך הסרת הגבס, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך טיפול שמרני וטיפול לשיכוך כאב.
15. התובע המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים והימנעות ממאמץ.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
16. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות שורש כף יד ימין ואצבעות ידו הימנית, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי באחיזה והרמה, מקושי בכתיבה ובהקלדה, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים עזים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, מכאבים עזים בעת חילופי מזג אוויר ומאמץ, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
17. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עבד עובר לתאונה בעבודה מזדמנות בתחום המזון והשליחויות והיה עתיד להתחיל לעבוד במסעדה, מחמת התאונה ותוצאותיה לא התאפשר לתובע להמשיך ולעבוד והוא נפלט ממעגל התעסוקה ונגרמו לו הפסדי שכר.
18. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו ולכך שמתקשה להתנייד באמצעות רכב דו גלגלי כפי שעשה עובר לתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.
19. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
20. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 95,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 15,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 9,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 18,400 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

21. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.

22. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
<u>נספח 1:</u> אישור משטרה ופרטי מבטחת (עמודים 7 עד 12)	<u>7</u>
<u>נספח 2:</u> תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 34)	<u>14</u>
<u>נספח 3:</u> בקשה למינוי מומחים (עמודים 36 עד 36)	<u>36</u>
<u>נספח 4:</u> יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 38 עד 41)	<u>38</u>



נספח 1 :

אישור משטרה ופרטי מבטחת

(עמודים 7 עד 12)





מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואר bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 394680/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 05/09/2023, י"ט אלול תשפ"ג, 14:30

לכל המעוניין

תאריך התאונה 04/09/2023 בשעה 12:30

מקום התאונה

תל אביב - יפו שד' ירושלים בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

סוג רכב

תוצר רכב

(קורקינט חשמלי) במערכת ת.ד.

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	207820556	תורג'מן טל	08/01/2000	תלמי יוסף, תלמי וולפסון - חולון קלה	95 יוסף	

פרטי הרכב

מספר רכב

סוג רכב

תוצר רכב

65776002

משא פתוח

טויוטה תאילנד

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית



מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	214774408	בנימין שרון דניאל	04/10/2004	אבן ספיר, אבן ספיר 45		

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
1	בחקירה	05/09/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
8125999	מהתבי	דנה

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
8125999	דנה	הרוש	רטר	חוקר משל

מקום שרות

חתימה
05/09/2023 14:30

יחידת בוחנים מחוז תא



הופק בתאריך: 5/3/2024

מספר תיק משטרה: 55556511

לכל המעוניין

טופס מידע על נתוני תיק ת"ד

תאריך תאונה: 04/09/2023 שעה: 12:30:00

מקום התאונה: תל אביב - יפו שדי ירושלים בכביש עירוני

פרטי הרכב המעורבים

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	חברת ביטוח	מספר פוליסה
65776002	משא רגיל	טויוטה 187		

פרטי הנהגים המעורבים

מספר זהות	שם	המען
214774408	דניאל בנימין שרון	אבן ספיר אבן ספיר 45 אבן ספיר

פ ר ט י ה נ פ ג ע

תעודת זהות : 207820556

שם : טל תורג'מן

מען : לבונה 95 תלמי יוסף

הנפגע : רוכב

ברכב מספר :

אושפז ב :



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 394680/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 05/09/2023, י"ט אלול תשפ"ג, 14:30

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 04/09/2023 בשעה 12:30

מקום התאונה

תל אביב - יפו שד' ירושלים בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
	(קורקינט חשמלי) (במערכת ת.ד.)	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	207820556	תורג'מן טל	08/01/2000	תלמי יוסף, תלמי וולפסון - חולון	קלה	
				יוסף 95		

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
65776002	משא פתוח	טויוטה תאילנד
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 25/03/2024
מספר סימוכין 284218

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מהקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תשי"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 25/03/2024 ביחס לרכב מעורב מס' 65776002 בתאונת דרכים מיום 04/09/2023
 2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדקלמן:
 - בתברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ * פוליסה 230060213714587 תאריך ביטול 28/07/2023
ו/או בתברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ פוליסה 230060213985237
 3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
 4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
 5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
 6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.
- * בהתאם לדיווח חברת הביטוח קיים רישום על ביטול פוליסה - יש לפנות לחברת הביטוח לקבלת פרטים נוספים

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 34)



מספר רשיון 123862
טלפון 03-5558555
פקס 03-5556560
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר סרגיי סטריגין
תחום כירורגיה וטראומטולוגיה
כתובת הרב ניסנבאום, 33
מרפאה בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

תאריך: 04/09/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	23.08	מין:	ז
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה	טלפון מסך:	50-9434434	
מס בית:	95	טלפון:	50-9434434					

תאריך תאונה 04/09/2023

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063118444

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רפא



3063



033063118444



0207820556



123862

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

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

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78109	73030	צילום כתף מלא ימין	10401035
78013	73090	צילום אמה ימין	10401020

המטופל מתלונן על היום בחזרה מעבודה נפל מהקורקנט על היד ימין

ממצאים עיקריים: נפיחות ורגישות באמה מימין
רגישות בכתף ימין על הגבלה בהרמת יד
פצע בכתף קדמי 2 ס"מ

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
E888		FALL

בעיות פעילות

מגילי	אפיין	בעיה
01/05/2006		VARICELLA
01/06/2009		ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD
01/01/2021		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רשיון	ד"ר סרגיי סטריגין
123862		

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מעריך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מעריך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: תורג'מן	שם פרטי: טל	ת.ד: 207820556
תאריך לידה: 08/01/2000	גיל: 23	טלפון: 050-9434434
מין: זכר	קופת חולים: כללית	כתובת: תלמי יוסף תלמי יוסף 95 תלמי יוסף

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 04/09/2023 שעת קבלה: 15:59 מספר ביקור: 11627071

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 04/09/2023 שעה: 19:15



אבחנות

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			814.01	CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא
דרך הגעה: עצמאי

תלונת החולה בקבלה למיון

שם משפחה: תורגמן	שם פרטי: טל	ת.ז: 207820556
תאריך לידה: 08/01/2000	גיל: 23	טלפון: 050-9434434
מין: זכר	גורם מממן: כללית	כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף 8548900

חבלת יד ימין

מחלה נוכחית

בן 23 בריא

מחוסן לטיטוס 09/2023

פנה למיון לאחר שלדבריו רכב פתח דלת עליו בזמן חזרתו מעבודה עם קורקנט.
נחבל באמה ושורש יד ימין ללא חבלת ראש איבוד הכרה או חבלות נוספות.
חתך שטחי כ 2 ס"מ בכתף ימין ללא חסר תחושת.

בבדיקותו-מתהלך בתבנית תקינה
יד ימין- נפיחות וגישות בכף יד דורסלית סביב מסרק 3 יד ימין
רגישות ונפיחות בשליש מדיאלי יד ימין ללא הימטומה.
כתף ימין חתך שטחי 2 ס"מ ללא עדות לפגיעת עצבים גידים או כלי דם.

בצילום- שבר סקפואיד שלישי דיסטלי
CT -ללא מרווח משמעותי בין הפרגמנטים

במיון בוצע גבס ספיקה ליד ימין
הדבקת החתך בכתף לאחר חיטוי ושטיפה.

המלצות בשחרור:
-המשך מעקב כירורג כף יד במוסדינו בעוד שבוע עם צילום ביקורת עדכני
-המשך שימוש במתלה
-אין להרטיב גבס
-גפה מזרמת בשינה
-משככי כאבים לפי הצורך
-בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.
-חופשת מחלה 14 ימים.

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

סיכום ודיון

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		04/09/2023 16:23	עמית כהן
דיווח: המטופל/משפחה/מטפל הודרכו: חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי								
נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה למניעת נפילות	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		04/09/2023 16:23	עמית כהן
דיווח: סביבה בטוחה – הרחקת חפצים מיותרים סביב המיטה, להימנע מהליכה על רצפה רטובה, הקפדה על שימוש באביזרי עזר (משקפיים, מכשיר שמיעה, מקל הליכה ועוד) לבקש סיוע מהצוות במצב שבו חשים סחרחורת או חולשה.								

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 04/09/2023 16:23	
------------------------------	--

זכור כל החמרה ו/או שינוי לרעה במצבך לחזור אלינו במהרה!!!
נא צייתו להוראות הרופא ובאותה העת בחנו את ההתפתחויות. סימני מחלה יכולים להשתנות מעת לעת ולכן מומלץ מעקב אצל רופא המשפחה על מנת להתאים את הטיפול לפי צורך.

לא בכל מקרה רפואי קיים צורך הכרחי במתן תרופות, ישנם מקרים בהם ההחלמה לוקחת זמן.

הטיפול המומלץ נכתב במכתב השחרור בידיכם.

מעקב רופא מטפל בעוד 1 ימים.

בריאותא אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנל.

אם את/ה נתקלת בקושי לקביעת כוונתך עליו להגיע לרופא המשפחה ו/או לשוב לבריאותא.

פסור מתשלום השתתפות העצמית חלה גם על מרכז רפואי בריאותא ועל כן על מנת לבדוק אם זכאי להחזר נא לפנות למזכירות המיון.

צוות בריאותא מאחל לכם החלמה מהירה ורפואה שלמה.

מטופל יקר,

אם נפגעת בתאונת דרכים או תאונת עבודה יתכן ואתה זכאי לפיצוי כספי.

לתאום פגישה לקבלת ייעוץ חינוך וללא התחייבות פנה למזכירות או חייג *9579

Если вы попали в аварию на работе или в ДТП вы можете получить финансовую компенсацию. Чтобы назначить встречу для бесплатной консультации без каких-либо обязательств, свяжитесь с секретариатом или позвоните по номеру *9579

ניתן לזמן תור באחת הדרכים הבאות:

1. *9579, 08-9585300

2. דרך whatsapp בטלפון מספר: 08-9585300

3. דרך אתר האינטרנט שלנו בכתובת: www.briuta-care.co.il

פניה למרכז מידע בו- whatsapp במספר: 08-9585300

מטופל/רופא יקר, לצפיה בצילומים נא להיכנס לאתר בריאותא בכתובת : www.briuta-care.co.il

יש להזהרות ע"פ ההוראות.



טל תורגמן, ד"ר דר' ביטון עודד ומרכז רפואי בריאותא מאחלים לך החלמה מהירה!

מרכז רפואי בריאותא | יצחק נפחא 25 באר-שבע | *9579 | ת.ד. 17519 | פקס: 08-8668337

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

מאחל לך רפואה שלמה ובריאות איתנה. תמיד לשירותך - צוות בריאותא.



מספר רשיון
טלפון
מחוז
הנהלה
ראשית
ומושלם

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה
ד"ר היתאם נמארנה
משפחה
און-ליין משפחה
רופא משפחה און-ליין

תאריך: 05/09/2023

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:		תורג'מן טל	
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף
מס בית:	95	טלפון:	50 - 9434434
מס זהות:		00207820556	
רחוב:		לבונה	
טלפון נוסף:		50 - 9434434	
גיל:		23.08	
מין:		ז	

לכבוד: ד"ר אבו האני פאדי

תלונות: המטופל נטל רוקסט משנית לכך נפיחות בשפתיים עם קשיי בליעה של הרוק
ללא פריחה

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		ALLERGY

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
טופס הפניה כללי	70050-בדיקה רפואית - דחופה	H4	הופק

בברכה,

נחתם דיגיטלית

105150

ד"ר היתאם נמארנה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



מכתב שחרור בריאותא באר שבע

ת.ז -



שם משפחה: תורגמן	שם פרטי: טל	כתובת: תלמי יוסף, תלמי יוסף 95/0	עיר:	טלפון:	נייד: 05099434434	גורם מבטח: כללית
שם המלר"ד: דר' ברטל כרמי מ.ר. 20318	Family Name: torgman	תאריך לידה: 08/01/2000	טלפון: *9579	ת.ז - ID: 207820556	מין: זכר	סוג דם:
אחות אחראית: חנה שופן	פקס: 08-8668337	תאריך ביקור: 05/09/2023	שעת קבלה: 22:29	מספר ביקור: 715215	כתובת מייל: office@briuta-care.co.il	שם האב:

אבחנות בביקור

• ALLERGIC REACTION (1)

מחלה נוכחית

בן 23, בריא בדרך כלל.

לדבריו נפוחות בשפתיים ובצד ימין של הפנים בעקבות נטילת רוקסט לפני כ 4 שעות. מתאר כי מרגיש לחץ לארוך בית החזה. קוצר נשימה שחלף. שולל פריחה, שולל תלונות נוספות.

בדיקה גופנית

מצב כללי: בינוני

מצב הכרה: בהכרה מלאה סימני גירוי מנגינאלי: ללא סימנים מנינגיאליים

סימני מצוקה נשימתית: ללא סימני מצוקה נשימתיים

סימני דהידרציה: ללא סימני צחיחות

עור: ללא פריחה

לוע: ללא בצקת או נפוחות בחלל הפה

לב: קולות לב סדירים ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר דוצ, טובה ושווה. ללא חרחורים וללא צפצופים

בטן: רכה ללא רגישות

גפיים: ללא חוסר NV

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	חום	סטורציה
22:34 05/09/2023	123 / 69	54	37.2	100

תרופות שנתנו במיון

תאריך ביקור: 06/09/2023 מין: ז גיל: 23.08
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: מרפאה: לא מוזמן
מיון וויסות מטופלים (טריאז'): כן
מפגש עם: המטופל.

דיווח המטופל: לפני יומיים עבר תאונת דרכים ביקר במיון - נעשה למטופל גבס. המטופל מבקש הפניה לבריאותא לצורך בדיקת אורטופד בעקבות כאב חד.

מטרת הביקור

יעוץ והדרכה פרטני
מנהלי

סימנים חיוניים

תאריך	שעה	לחץ דם dias	לחץ דם sys	תנחות לחץ דם	מיקום מדידת לחץ דם	דופק לדקה	האם סדיר	תאריך מתן הוראה	שם גותן ההוראה
18/07/2018	18:04	59	120	בשינה	יד ימין	81			
09/08/2022	12:11								

מתאריך: 0/11/2022 eGFR: 120.65

משקל וזוהר

משקל: 70 ק"ג מתאריך: 10/11/2022

גובה: 170 ס"מ מתאריך: 10/11/2022 BMI: 24.22

תאריך טיפול

המשך טיפול

הופנה לגורם אחר - בריאותא

הערות: המטופל מופנה לבריאותא לצורך המשך טיפול ומעקב

פרטי עדכון

תאריך רישום: 06/09/2023	שם האחות: אחינועם רוט
שם מרפאה: מרכז בריאות שלום	קוד מרפאה: 7838
קוד מחוז: 09	קוד המעדכן: 77
סיעוד רפואה ראשונית	

סימני
אחינועם רוט
אחות מוסמכת, מ.ר. 228845



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: אורתופדיה
מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

שם יחידה: מרפאה כירורגית יד	מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517	אחות אחראית: אלה יצחקוב
טלפון: 035028111	פקס: 035028486	דוא"ל:
	זימון תורים וולפסון: 03-5028111	

נתוני ביקור - תאריך: 11/09/2023 שעה: 10:59 מספר ביקור: 32074001

שם משפחה: תרג'מן	שם פרטי: טל	ת.ז: 207820556
תאריך לידה: 08/01/2000	גיל: 23	טלפון: 050-9434434
מין: זכר	קופת חולים: כללית	כתובת: תלמי יוסף תלמי יוסף 95 תלמי יוסף

אבחנות בביקור

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓	04/09/2023	Right	814.01	CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST

מעקב רפואי

תאריך עדכון: 11/09/2023 11:05

דיווח / דיון: בן 23, בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרום הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מחור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב-CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת

הוראות כלליות

שם ההוראה ותזמון	פרוטוקול	מועד התחלת ההוראה	מועד סיום ההוראה	דיווח אחרון	סטטוס
הוראות לגבס: גבס חדש		11/09/2023 11:42			חדש
ביצוע חד פעמי					
הערות: גבס פלסטי					
גרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 בתאריך: 11/09/2023 11:42					

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
דר' יפה דויד
אורטופד וכירורג יד
מנהל היחידה לכירורגיה של היד
מ.ר. 21517, 15862, 22304

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות
לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
----------	-------	-----------

שם משפחה: תורג'מן	שם פרטי: טל	ת.ז: 207820556
תאריך לידה: 08/01/2000	גיל: 23	טלפון: 050-9434434
מין: זכר	גורם ממק: כללית	כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף 8548900

תאריך ושעת הדפסה: 11/09/2023 11:46
חשוי רפואי

THE EDITH WOLFSON
University Medical Center



המרכז הרפואי והאונברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון

טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: אורתופדיה
מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

שם יחידה: מרפאה כירורגית יד	מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מר. 21517	אחות אחראית: אלה יצחקוב
טלפון: 035028111	פקס: 035028486	דוא"ל:
	זימון תורים וולפסון: 03-5028111	

נתוני ביקור - תאריך: 11/09/2023 שעה: 10:59 מספר ביקור: 32074001

שם משפחה: תורג'מן	שם פרטי: טל	ת.ז: 207820556
תאריך לידה: 08/01/2000	גיל: 23	טלפון: 050-9434434
מין: זכר	קופת חולים: כללית	כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף

אבחנות בביקור

Rec	MP	S/P	עיקר	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓	04/09/2023	Right	814.01	CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST

מעקב רפואי

תאריך עדכון: 11/09/2023 11:05

דיווח / דיון: בן 23, בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרום הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מדור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב-CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת

הוראות כלליות

שם ההוראה ותזמון	פרוטוקול	מועד הוצאה	מועד סיום ההוראה	דיווח אחרון	סטטוס
הוראות לגבס: גבס חדש		11/09/2023 11:42			חדש
ביצוע חד פעמי					
הערות: גבס פלסטי					
נרשם ע"י: דר' יפה דויד מר. 21517, בתאריך: 11/09/2023 11:42					

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות
לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

חתימת רופא

זמן חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך: 09/11/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	23.10	מין:	ז	
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה	טלפון נוסף:	50 - 9434434	מס בית:	95
מס בית:	95	טלפון:	50 - 9434434	מספר רשיון:	176474	תז נבדק:	0207820556	מספר הפניה:	35010032037

מספר הפניה ישירה: 35010032037

גורם שולח



5010

מספר הפניה



035010032037

תז נבדק



0207820556

מספר רשיון



176474

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 23, רווק, חייל משוחרר, לאחר טיול דרום אמריקה במקור מעוטף עזה שבר את היד פנה למרפאת כירורגית כף יד בוולפסון ב-CT עדיין ללא סימני איחוי גבס לעוד חודשיים ושימוש במכשיר מלמאק

סימנים חיוניים: גובה 170 10/11/2022 משקל 70 10/11/2022 bmi 24.22

לחץ דם 120 / 59 19/07/2018

דופק 81 09/06/2009

10/11/2022 מתאריך 120.65 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
V68	ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES	

בעיות פעילות

מ.גילוי	אבחנה	איפיון
01/05/2006	VARICELLA	
01/06/2009	ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD	
01/01/2021	SMOKER	

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CONCERTA ER TAB 18MG 30 18mg

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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





שם הרופא	נטע מימון	מספר רשיון	129089
תחום	רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית	טלפון	08-9116221
כתובת	חפץ חיים, 51, אופקים	פקס	08-9116228
מרפאה	אופקים - מרכז לרפואה יועצת	מחוז	דרום

תאריך: 21/11/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס דחות:	00207820556	גיל:	23.10	מין:	ז
ת.ל.ד:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה			
מס בית:	95	טלפון:	50-9434434	טלפון נוסף:	50-9434434			

מספר הפניה ישירה: 33296024250

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
129089	0207820556	033296024250	3296

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

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

לכבוד: רנטגן

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78016	73140	צילום שורש כף יד ניקולר צד ימין	10401207
78190	73100	צילום שורש/פרק יד ימין	10401015

המטופל מתלונן על בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב- 4/9/23, טופל שמרנית בגבס SPICA.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8140	n	FRACURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
01/05/2006		VARICELLA
01/06/2009		ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD
01/01/2021		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	נטע מימון	129089	**נחתם דיגיטלית**
----------	-----------	--------	-------------------

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דיומות

21/11/2023

הודפס ע"י נטע מימון

00207820556

אל

תאריך: 21/11/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	23.10	מין:	ז
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה	טלפון נוסף:	50 - 9434434	
מס בית:	95	טלפון:	50 - 9434434					

שלום רב,

תאריך הביקור: 21/11/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

בדיקה גופנית: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים.
צילום - שבר מחובר

קוד	איפיון	אבחנה
8140	rt	FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית: מופנה למיון להסרת גבס פיזיותרפיה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78016-צילום שורש כף יד נוי	H3	הודפס
הפניה למיון	70069-ביקור במיון	H134	הודפס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הופק

בברכה,

נטע מימון	129089	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 21/11/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:
 שם משפחה ופרטי: תורג'מן טל
 מס זהות: 00207820556
 גיל: 23.10 מין: ז
 ת.לידה: 08/01/2000
 ישוב: תלמי יוסף
 רחוב: לבונה
 מס בית: 95
 טלפון: 50-9434434
 טלפון נוסף: 50-9434434

מספר הפניה ישירה: 33296024250

רשיון רופא: תז נבדק
 מספר הפניה: גורם שולח
 129089
 0207820556
 033296024250
 3296

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

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

לכבוד: רנטגן

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78016	73140	צילום שורש כף יד נויקולר צד ימין	10401207
78190	73100	צילום שורש/פרק יד ימין	10401015

המטופל מתלונן על בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב- 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8140	rt	FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006		VARICELLA
01/06/2009		ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD
01/01/2021		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיגיטלית

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

תאריך: 21/11/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	23.10	מין:	ז
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה	טלפון נוסף:	50 - 9434434	
מס בית:	95	טלפון:	50 - 9434434					

שלום רב,

תאריך הביקור: 21/11/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

קוד	איפיון	אבחנה
8140	rt	FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78016-צילום שורש כף יד נוי	H3	הודפס

בברכה,

נטע מימון	129089	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 21/11/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	23.10	מין:	ז	
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה	טלפון נוסף:	50 - 9434434	מס בית:	95
מספר הפניה:	33296024263	תז נבדק:	0207820556	מספר הפניה:	033296024263	גורם שולח:	3296		

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת: FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

תלונות / סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006		VARICELLA
01/06/2009		ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD
01/01/2021		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CONCERTA ER TAB 18MG 30 18mg

ממצאים קליניים: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים. צילום - שבר מחובר

מטרת הבדיקה: לאחר שבר בסקפואיד, להנעה וטווחים

נחתם דיגיטלית

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

מכתב הודפס ע"י מומחה כירורגיה אורתופדית קלסוב יורי

מכתב שחרור מיון אורתופדי בריאותא באר שבע

ת.ז. -



שם משפחה: תורגמן	תאריך	מנהל המלר"ד: דר' קימיאגרב שמואל
שם פרטי: טל	לידה: 08/01/2000	מ.ר. 107426
כתובת: תלמי יוסף, תלמי יוסף	ת.ז. - 207820556 ID:	אחות אחראית: גב' חנה שופן
95/0	מין: זכר	טלפון: *9579
עיר:	גיל: 23	פקס: 088668337
טלפון:	שם האב: אילן	תאריך ביקור: 21/11/2023
נייד: 0509434434		שעת קבלה: 12:38
גורם מבטח: כללית		מספר ביקור: 738361
		כתובת מייל: office@briuta-care.co.il

אבחנות בביקור

- Scaphoid fracture, closed (Right) (814.01)

מהלך המחלה

ביצע ביקורת באופקי לאחר שבר, הופנה אלינו להורדת גבס ספיקה כי אין להם מסור

מחלה נוכחית

תאריך ושעה

פרטים

21/11/2023
12:44
ביצע ביקורת באופקי לאחר שבר, הופנה אלינו להורדת גבס ספיקה כי אין להם מסור
בוצע הורדת גבס כמתוכנן
מרגיש טוב

ת

המשך מעקב רופא מטפל
פיזיותרפיה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
12:42 21/11/2023	0

הוחלט על: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

תאריך שחרור

12:45 21/11/2023

נרשם ע"י מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי מ.ר. 1130162
תאריך ושעה: 21/11/2023 12:45
תאריך ושעת הדפסה: 21/11/2023 12:45

מכתב נחתם ע"י: מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי מ.ר. 1130162

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי:
(1) מה הבעיה הרפואית שלי? (2) מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? (3) למה חשוב שאעשה זאת?

הנחיות לביקורת/מעקב גבס ללקוחות הכללית בלבד:

מטופל שגובס / בוצע איחוי בבריאות - תבוצע ביקורת ללא תשלום בבריאות

מטופל שגובס במסגרת אחרת ומעוניין לקבל את שירות לביקורת/מעקב בבריאות יחוייב בשתתפות עצמית על פי ההסדר עם הכללי

מטופל יקר,

דף הסבר לביקורת במרפאה, כפי שנקבע עי הרופא המטפלת בביקורת כאן היום.

בריאות הינו מרכז רפואי חדש לרפואה דחופה, הפניה אליה איננה מחליפה את הצורך בהמשך מעקב, בירור ותיעוד הביקורת במרפאה הראשונית וכל זאת לטובת צרכי הרפואיים.

חשוב לציין האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראים בעת הביקורת. דרוש לפעמים ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו בבריאות.

סימנים של החמרה במחלה לא מזניחים!

זכור כל החמרה ולא שינוי לרעה במצבך לחזור אלינו במהרה!!!
מצייתו להוראות הרופא ובאותה העת בחנו את ההתפתחויות. סימני מחלה יכולים להשתנות מעת לעת ולכן מומלץ מעקב אצל רופא המשפחה על מנת להתאים את הטיפול לפי צורך.

לא בכל מקרה רפואי קיים צורך הכרחי במתן תרופות, ישנם מקרים בהם החלמה לוקחת זמן.

הטיפול המומלץ כתוב במכתב השחרור בידכם.

מעקב רופא מטפל בעוד 1 ימים.

בריאות אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנל.

אם אתם נתקלתם בקושי לקביעת מומלץ עליך להגיע לרופא המשפחה ולא לשוב בבריאות.

פטור מתשלום השתתפות העצמית חלה גם על מרכז רפואי בריאות ועל כן על מנת לבדוק אם זכאי להחזר או לפטור למזכירות המיון.

צוות בריאות מאחל לכם החלמה מהירה ורפואה שלמה.

מטופל יקר,

אם נפגעת בתאונת דרכים או תאונת עבודה יתכן ואתה זכאי לפיצוי כספי.
לתאום פגישה לקבלת ייעוץ חינם וללא התחייבות פנה למזכירות או חייג *9579

Если вы попали в аварию на работе или в ДТП вы можете получить финансовую компенсацию. Чтобы назначить встречу для бесплатной консультации без каких-либо обязательств, свяжитесь с секретариатом или позвоните по номеру *9579

ניתן לזמן תור באחת הדרכים הבאות:

1. 9579, *08-9585300

2. דרך whatsapp בטלפון מספר: 08-9585300

3. דרך אתר האינטרנט שלנו בכתובת: www.briuta-care.co.il

פניה למרכז מידע בו- whatsapp במספר: 08-9585300

מטופל/רופא יקר, לצפייה בצילומים נא להיכנס לאתר בריאות בכתובת: www.briuta-care.co.il

יש להזדהות ע"פ ההוראות.

טל תורגמן, ד"ר מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי ומרכז רפואי בריאות מאחלים לך החלמה מהירה!



David Jaffe, M.D
Orthopedic and Hand Surgeon
111 Arlozorov street
Tel Aviv 62098

ד"ר יפה דיויד
מומחה באורטופדיה ובכירורגיה של היד
רחוב ארלוזורוב 111
תל אביב 62098

Tel : 03-5059291 טלפון:
Fax : 03-5059293 פקס:
Tel : 03-5117142 טלפון לזימון תורים:

15/02/2024

08/01/2000

ת.לידה:

207820556

ת.ז.:

טל

תרג'מן

שם:

050-9434434

טלפון:

טלפון:

כללית

קופת חולים:

לבונה משק 95, תלמי יוסף

כתובת:

אבחנה

יד

הערה

Fracture Scaphoid

RT

15/02/2024

בן 24, מצב לאחר ת"ד בתאריך 4.9.2023 כרוכב קוקינט בדרכו הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין, פנה למיון וולפסון וקובע בגבס בשל שבר ב- 1/3 האמצעי של עצם הסירה. הסיר הגבס באזור מגוריו. בביקורת היום חש טוב, כאב במאמץ בבדיקה: ללא רגישות מעל עצם הסירה (דורסלי, וולארי, ASB) מבחן קומפרסיה שלילי, הגבלה קלה בטווחי תנועה, ללא פחת עצבי או וסקולרי

המלצות:

* אבקש להפנות לצילום שורש יד ימין TRUE PA+LAT וכן PA באגרף. והסיה אולנרית

בכבוד רב,

ד"ר יפה דיויד
אורטופד וכירורג יד
מנהל יח' כירורגית יד
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

ד"ר יפה דיויד
אורטופד וכירורג יד
מנהל יח' כירורגית יד
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

תאריך: 16/04/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	תורג'מן טל	מס זהות:	00207820556	גיל:	24.03	מין:	ז
ת.לידה:	08/01/2000	ישוב:	תלמי יוסף	רחוב:	לבונה			
מס בית:	95	טלפון:	50-9434434	טלפון נוסף:	50-9434434			

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/04/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/11/2023: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA. 16/04/2024
כ-7 חודשים לאחר השבר. הגיע לביקורת

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 21/11/2023: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים. צילום - שבר מחובר 16/04/2024
ללא רגישות באיזור הסקפואיד, כאב בהנעת שורש כף היד, לעיתים רדיאלי ולעיתים אולנרי. צילום: בצילום סקפואיד - חשד לחוסר איחוי.

קוד	איפיון	אבחנה
8140	rt	FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/11/2023:

מופנה למיון להסרת גבס

פיזיותרפיה

ההפניות שהופקו ב 21/11/2023:

הפניה לדימות - 78016-צילום שורש כף יד נוי, הפניה למיון - 70069-ביקור במיון,

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

16/04/2024

פיזיותרפיה

CT שורש כף יד

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78016-צילום שורש כף יד נוי	H3	הודפס
הפניה לדימות	78073-CT.מ. שורש יד	H3	הופק
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הופק

בברכה,

נחתם דיגיטלית

129089

נטע מימון

חתימה וחומת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 36 עד 36)



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

טל תורג'מן - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובע, טל תורג'מן, 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 וולפסון, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 38 עד 41)



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
גורן	86	207820556	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
100	95	תל אביב	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: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 1.4.24 עד לחתימה ומס' אישי _____
חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ד. 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, 16 תמוז 5776, מרחוב 95 תל אביב, ת.ז. מס' 20790546, 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 ונסמכים 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, 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.

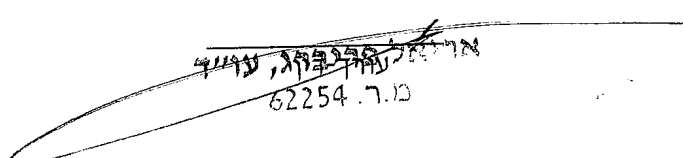
ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 4 שנה 24

חתימה: 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אוריאל חפץ צוק, עו"ד
מ.ר. 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ 16 מרסן בעל ת.ז. 207820556 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:	_____	המחלה:	_____	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 גיא בריק, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 1.4.24
הופיעה בפני 16 מרסן (המוכרת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 207820556
ולאחר שהוזהרתי/ה 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.י. 62254
חתימת עורך הדין