

25.11.21

מ.ל.ב.  
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד  
בדוא"ל

לכבוד  
עיריית תל אביב  
מרחוב אבן גבירול 69  
תל אביב

א.ג.נ.,

הנדון: חן לייבוויץ, ת"ז 056395825  
תאונה מיום 8/4/21

נתבקשתי ע"י מרשתי לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 8/4/21 עת הלכה באזור מגוריה, ברחוב קהילת לודז', בסמוך לבית מס' 19, נתקלה רגלה של מרשתי במפגע הנובע מהפרשי גובה וממדרכה משובשת בעלת מרצפות שבורות שאינן מחוברות כראוי לבור הניקוז כנדרש נפלה היא ונחבלה (להלן: "התאונה").

2. כאן המקום לציין כי לאחר התאונה תוקן המפגע על ידי מי מטעמכם.

#### רצ"ב תמונות המפגע ותיקונו.

3. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בזרוע ובכף ידה הימנית. בדיקת הדמיה אשר בוצעה במקום הדגימה שבר בעצם הרדיוס הדיסטלית וידה הושמה בסד גבס.

4. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני כאמור שוחררה מרשתי לביתה כשידה נתונה בסד גבס, כשהיא מנועה מפעילות בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

5. מרשתי המשיכה במעקב הרפואי במסגרת הקהילה ונוכח הכאבים העזים והקושי בהזזת האצבעות הוחלט על הסרת הגבס והרכבת גבס חדש. לאחר שידה הושמה בסד גבס חדש ניתנה ידה במתלה והיא שוחררה לביתה בהמלצה למנוחה ממושכת, הימנעות מהרמת היד והפעלתה, המשך מעקב רפואי ונטילת תרופות לשיכוך הכאב.

6. מרשתי המשיכה במעקב הרפואי, הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, חיזוק השרירים והנחיה להמשך נטילת משככי כאבים ומנוחה עד ליום 29/6/21.

7. יצויין כי מחמת התאונה ותוצאותיה ובשים לב לאופי הפגיעה ולחומרתה נפגע מצב רוחה של מרשתי והיא החלה לסבול ממצב רוח ירוד וחרדה בעטיים ניתן לה טיפול תרופתי לצורך הרגעה.

## רצ"ב תעודות רפואיות.

אין ספק כי התאונה נגרמה עקב התרשלכם, אשר באה לידי ביטוי במחדלים הבאים:

(א) לא דאגתם ו/או לא פיקחתם על המדרכות ולא דאגתם להסיר מכשולים/מפגעים.

(ב) לא דאגתם לבטיחות התשתיות המוצבות בעיר.

(ג) לא דאגתם לתקינותם ולתחזוקתם הראויה של המדרכות, למרות שצפיתם או יכולים היתם לצפות שהולכי הרגל עלולים להיפגע מהמפגע.

(ד) לא הזהרתם את הולכי הרגל מפני המפגע.

(ה) לא דאגתם להסרת המפגע.

(ו) לא דאגתם לגדר את המפגע.

(ז) לא עשיתם דבר או לא עשיתם די למניעת התאונה.

(ח) נהגתם בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(ט) לא נהגתם כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.

(י) הפרתם את חובותיכם החקוקות בסעיפים 235, 249 (29) לפקודת העיריות (נוסח חדש).

8. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות האצבעות וכף ידה הימנית, מקושי בביצוע פעולות ידניות, מקושי באחיזה, בהרמת משקלים, מכאבים בעת חילופי מזג אוויר מקושי בביצוע תפקודים ידניים, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

9. מרשתי מטפלת בקשישים בחברת נתן, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

10. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקק לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה, נגרמו למרשתי הוצאות בגין שימוש במוניות והסעות מיוחדות.

12. להערכת יועצנו הרפואיים נכותה של מרשתי הינה בשיעור של 10%-15% לצמיתות. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה וצירוף חוות דעת, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובאלי בסך 150,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ

13. נא עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

\*רצ"ב יפוי כח חתום על ידי מרשתי.

בכבוד רב ובמחילה,

אריאל פרייברג, עו"ד

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, א' ינואר 2025, מרחוב ק"מ ורזה 36, תל אביב  
ת.ז. מס' 05695825 את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד  
בענין תאונה מיום 1.4.21 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל  
יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל  
בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

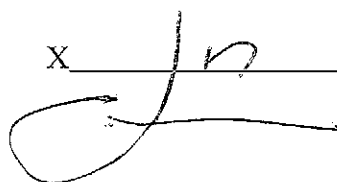
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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.

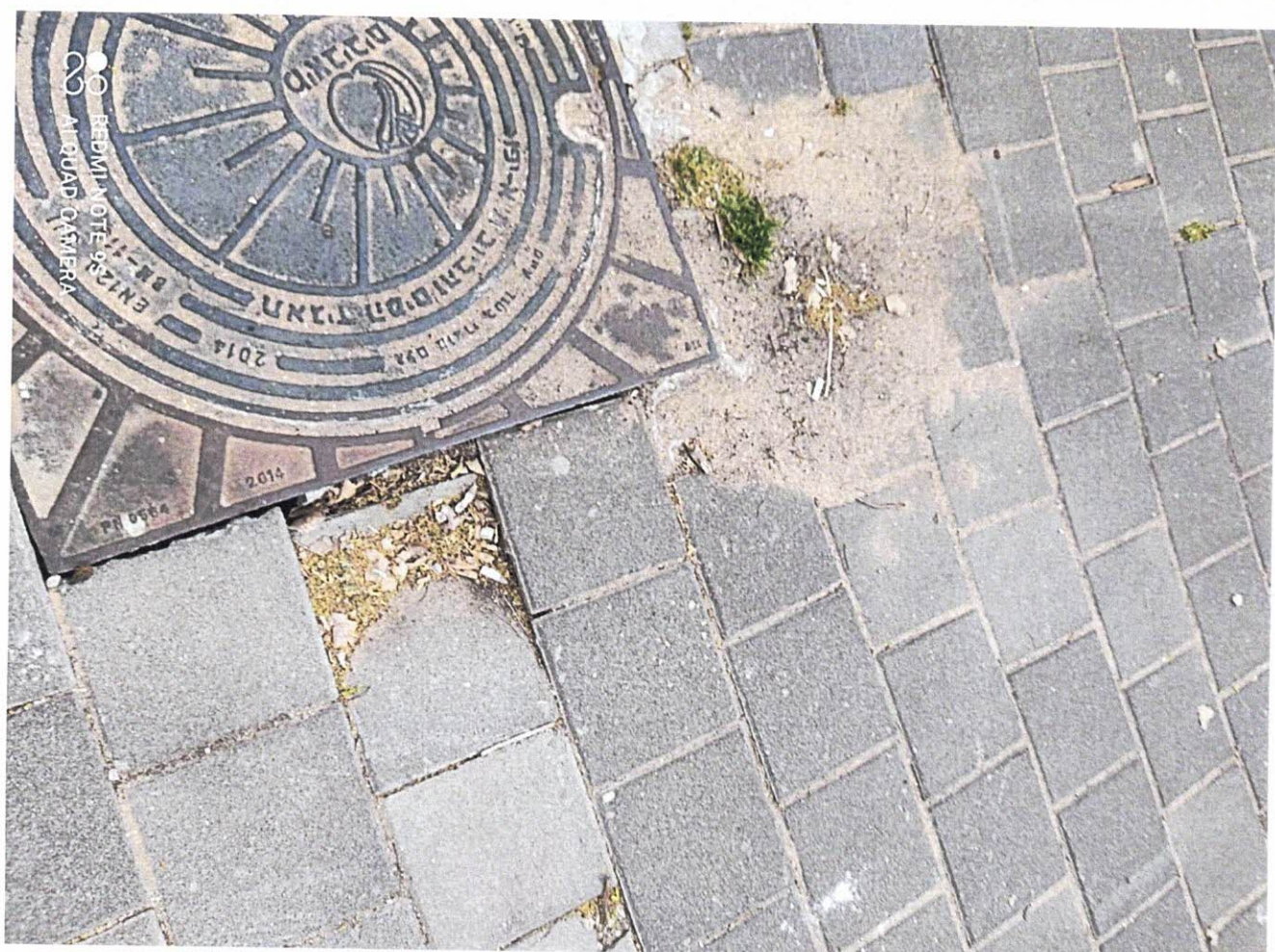
### ולראיה באתי על החתום

היום 30 לחודש ץ שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

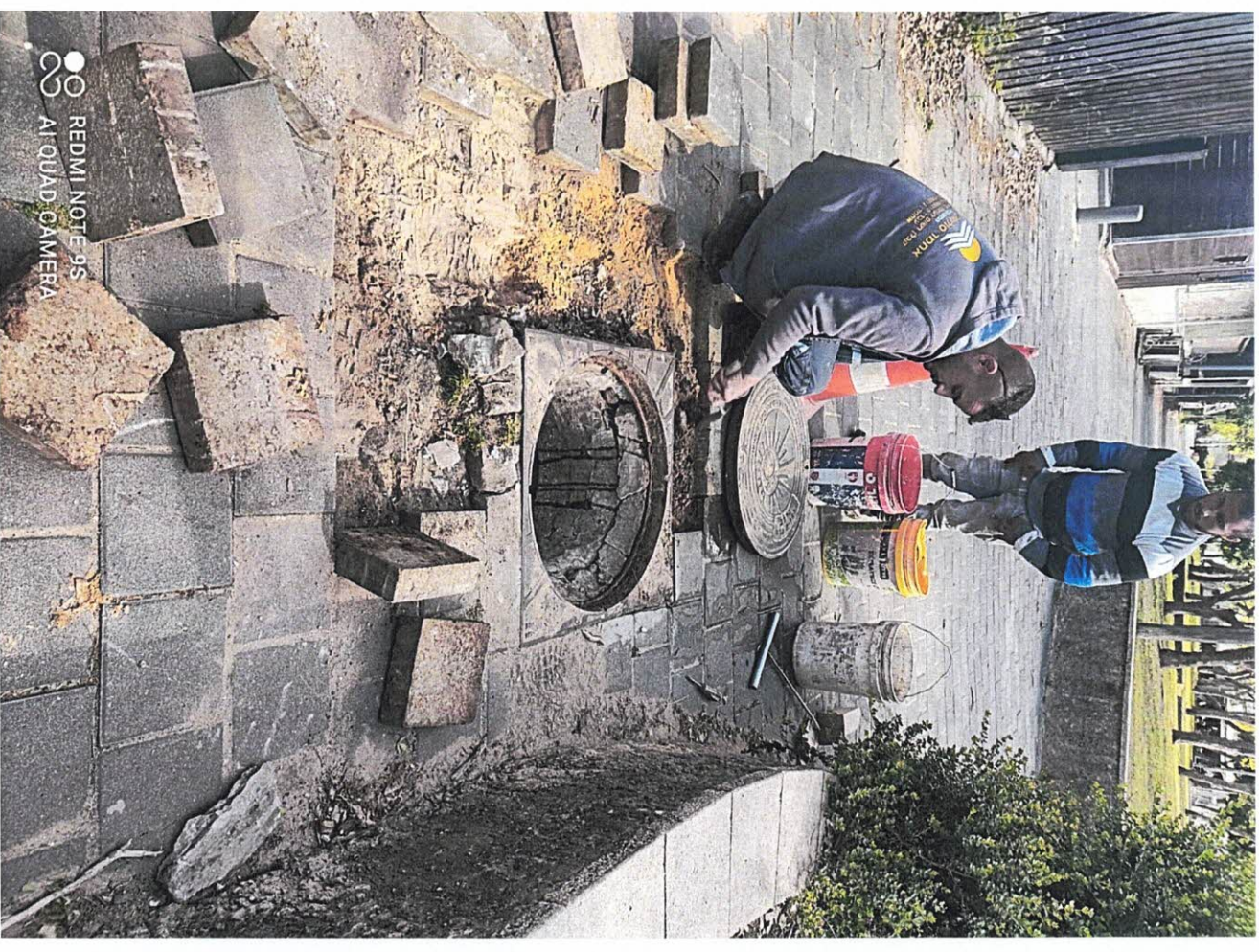
עו"ד אריאל פריינברג  
מס' רשומין: 62254  
עורך-דין













REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA



REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!  
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520  
www.terem.com

|                                          |                    |                                |                      |                                          |
|------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------------------|
| תלונה:<br>חבלה ביד.<br>פרוט:מכה/חבלה ביד | תיק מס':<br>369494 | גליון שחרור<br>Discharge Chart | ביקור מס':<br>898327 | תאריך ביקור<br>Date:<br>23:54 08/04/2021 |
|------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------------------|

**במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!**

|                                          |                                           |                                                                          |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>דר. מחמוד עיסא | שם: Name: חן ליבוביץ<br>תז: ID: 056395825 | נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם<br>מעקב תקין<br>קופה: כללית |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

### סיכום הביקור:

| אבחנה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Diagnosis |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Fx radius distal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| Pulse: 68, O2sat: 99, BP: 153/77 (other vitals may be on scanned chart)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| Age: 61 years                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| Injury/Pain Exam:<br><b>RIGHT ELBOW</b> : Swollen, Fell < 1 m, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, ROM normal, Elbow Rotation OR Radial Head tender,<br><b>RIGHT WRIST</b> : Direct blow to wrist, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Distal ulna NOT tender, Distal Radius NOT tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space NOT tender, SnuffBox NOT tender, Metacarpals NOT tender, No Sensitivity anywhere, No wrist swelling, No wrist Hematoma, No wrist Deformation, |           |
| הסטוריה / אנמנזה רפואית:<br>בת 61<br>התקבלה עקב חבלה בכף יד ימין מיום קבלתה, לדבריה מעדה בכביש ונפלה.<br>מאז נפוחות ע"פ שורש כף יד, רגישות ניכרת במישוש.<br>==<br>בדיקה גופנית:<br>במצב כללי טוב<br>יציבה המדונומית ונשימתית<br>מדדים חיוניים תקינים<br>כף יד ימין במנח תקין ללא סימני פריקה או דיפורמציה<br>רגישות ניכרת ע"פ דיסטל רדיוס, נפוחות ללא הימטומה, ללא רגישות מסרקים או גלילים.<br>טווח תנועה תקין, ללא חוסר NV.                                                     |           |
| CORONA : No fever over 38, No SOB, No cough, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| מהלך ודיון:<br>נילום שורש כף יד ימין - שבר בדיסטל רדיוס.<br>זנח סד גבס<br>משחררת למעקב אורטופד בקופ"ח תוך שבוע.<br>החלמה מהירה!<br>ש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק<br>בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| Tests done (results scanned on actual chart)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| Cast                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| יילומים שבוצעו:<br>כף יד ימין <<<<br>שורש כף יד ימין <<<                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |

368494 #חוק

898327

08/04/2021 #ביקור

23:54

שעה

|     |                                |                                         |                    |                   |       |
|-----|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|-------------------|-------|
| חדר | קופ"ח כללית<br>רופא משנה/הקבוע | שם<br>מח 056395825<br>מין נ גיל 61 שנים | HR                 | %SaO2<br>99%      | T/חום |
|     | מכה/חבלה ביד                   | כתובת: מורד הגיא 85<br>נ"ד 0547371558   | לח"ד B/P<br>153/77 | דופק/P<br>68 סדיר |       |
|     |                                | טל בית                                  | WT 55 kg           |                   |       |

IC 750009 02/03/19 Contusion of  
chest, Fx rib, 8th TO ER, XR  
IC 667100 15/04/18 Contusion, Rt  
1st digit, XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

00:06:08

חוזן: ניתני בחנה לוינסקי

Allergies: NONE

In TEREM: Paracetamol  
PO as tablet 500  
ACAMOL ניתן

קפ יד R, שורש קפ יד R, אמה R,  
מרפק R

No tests ordered

No treatments ordered

ביקור 898 327 (השניה)  
חוזן ב: 09/04/2021 00:45:56  
חולה: חן ל  
גל: 826  
מזמין: מחמד עיסא  
קבל: איראב וחד  
קופה: כללית

Acamol tablet PO  
500 mg, 1 tablet

Sling

Cast Volar Splint -  
Right

שעה: שם:

אבחנה והמלצות שחרור

מצב החולה בשחרור: מועין / סוב / יציב / החמיר

חביתה ומעקב בקופ"ח

לביט חולים

פמי באמבולנס

חופנה לרשומה

ד"ר עיסא מחמד  
מ.ר. 1-153459



במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

ני מאשר שמוסרי הסלסון וא-מיל  
מסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור את  
שר לזמן מטרות רפואיות ומחקר (אך  
בתי לסרב) ושהרופא המטפל שגוי  
כל אכן רופאי בקופה

תימת חולה:

חתימת וחותמת רופא

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין שבר עבירה

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

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- [www.teremi.com](http://www.teremi.com)  
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

## Procedures &amp; Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Acamol tablet PO 500 mg, 1 tablet, Sling, Cast Volar Splint -Right

## Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן אצלך שבר באמה מסוג קוליס, זהו שבר בעצם הרדיוס, בחלק הנמצא בשורש כף היד.  
ניתן להקל על התסמינים על ידי נטילת משככי כאבים וגיבוס היד.

יש לפנות לאורטופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך טיפול.

יש לחזור טרם במידה והכאב מתחזק או שהגבס גורם ללחץ על היד.

גבס נועד להחזיק את השבר במקומו, להגן על האיזור ולמנוע תנועה על מנת לזרז את תהליך הריפוי ולהקל על הכאב.  
הוראות טיפול בגפה מגובסת:

- הפחתת נפיחות- שים קרח עטוף בשקית או בקבוק מים קרים ישירות על הגבס, בדיוק מעל מקום השבר. יש לחזור על פעולה זו במהלך היומיים הראשונים שלאחר הפציעה פעמיים או שלוש, כל פעם למשך 30-60 דקות.
- הרמת הגפה הפגועה:

1. יד: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה

2. רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה.

על מנת להתרחץ - יש לעטוף את הגבס בשקית על מנת להשאיר אותו יבש ובכל מקרה להמנע מהכנסתו למים.

יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות:

1. כאב עז שלא שוכך, אפילו לאחר נטילת משככי כאבים כגון אקמול.
2. נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל)
3. איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל.
4. ירידה בחום של האצבעות

## מעקב עם אורטופד בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מחמוד עיסא מ.ר. 153459

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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

11/04/2021 תאריך

**סיכום ביקור**

פרטי המטופל

| ליבוניץ חן    | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל        | נ       | ת.לידה | יוסף    | שם האב |
|---------------|-------------------|---------|------------|---------|--------|---------|--------|
| 00-05639582-5 | 61.00             | נ       | 10/04/1960 | יוסף    | שם האב | שם האב  | שם האב |
| תל אביב -     | קהילת ורשה        | מס בית  | 36         | 7371556 | 54     | 6485394 | 3      |
| ישוב          | רחוב              | מס בית  | 36         | 7371556 | 54     | 6485394 | 3      |

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/04/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 61

לדבריה: נפילה במדחוב עליד הבית  
ה-8/4/2021 חבלה ביד ימין  
היתה ב-TEREM- FRACTURE DISTAL RADIUS  
בוצע סד גבס  
בצילום: NON DISPLACED FRACTURE DISTAL RADIUS  
יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, סימני לחץ מהגבס, תחושה שמורה.  
במרפאה-הורדת הגבס  
במרפאה גבס חדש מלא

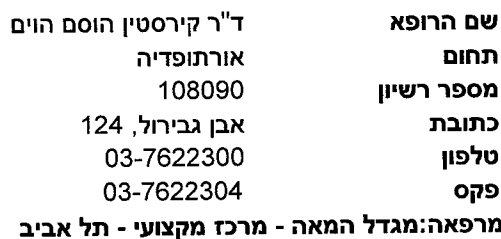
| קוד  | איפיון | אבחנה           |
|------|--------|-----------------|
| 8130 | RT     | FRACTURE RADIUS |

| הפניות       | פרטי ההפניה                | קוד | התחייבות | סטטוס |
|--------------|----------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לדימות | 78190-צילום שורש/פרק יד ימ | H3  |          | הודפס |
| הפניה לדימות | 78190-צילום שורש/פרק יד ימ | H3  |          | הודפס |

| פעולות                         | קוד | כמות |
|--------------------------------|-----|------|
| 301 שבר הדורש רפואיזציה וקיבוע | 301 | 1    |

| אישור מחלה | אישור | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-------|-----|------------|------------|-------|
|            |       | 11  | 08/04/2021 | 28/05/2021 | הודפס |

סיכום והמלצות: \*גבס + מתלה  
\*שמירה על הגבס  
\*הימנעות ממגע של הגבס עם מים  
\*משככי כאבים לפי הצורך



## אישור מחלה

## פרטי המטופל—

|                   |  |            |  |        |          |            |             |
|-------------------|--|------------|--|--------|----------|------------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי |  | מס זהות    |  | גיל    | נ        | 10/04/1960 | יוסף        |
| שם משפחה ושם פרטי |  | מס זהות    |  | גיל    | נ        | 10/04/1960 | יוסף        |
| תל אביב -         |  | קהילת ורשה |  | 36     | -7371556 |            | 6485394 - 3 |
| ישוב              |  | רחוב       |  | מס בית | טלפון    |            | טלפון נוסף  |

**תעודה ראשונה למחלה זו**

**נבדק עקב 0 ביקור רגיל**

|       |        |                                               |
|-------|--------|-----------------------------------------------|
| קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
| 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

|    |               |          |          |            |                       |
|----|---------------|----------|----------|------------|-----------------------|
| 51 | סה"כ ימי מחלה | ועד בכלל | עד תאריך | 08/04/2021 | מומלץ על מנוחה מתאריך |
|----|---------------|----------|----------|------------|-----------------------|

**אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון**

|                       |            |                    |
|-----------------------|------------|--------------------|
| ד"ר קירסטין הוסם הוים | 108090     | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא              | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |

*[Handwritten notes:]*

FILED LOIN, CULG LONH  
LIONU NIGLOGLIS GUNHLS  
06801-1  
N-GI

**תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית**

דף 1 מ 1

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

## אישור מחלה

00-05639582-5 הודפס ע"י ד"ר קירסטין הוסם היום 11/04/2021

## ליבוביץ חן

23/04/2021 תאריך

**סיכום ביקור**

פרטי המטופל

| ליבוניץ חן        | 00-05639582-5 | 61.00  | נ   | 10/04/1960  | יוסף        |
|-------------------|---------------|--------|-----|-------------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה      | שם האב      |
| תל אביב -         | קהילת ורשה    | 36     |     | 54 -7371556 | 3 - 6485394 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון       | טלפון נוסף  |

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/04/2021  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/04/2021  
בת 61  
לדבריה: נפילה במדחוב עליד הבית  
ה8/4/2021 חבלה ביד ימין  
היתה בTEREM- FRACTURE DISTAL RADIUS RT  
בוצע סד גבס  
בצילום: NON DISPLACED FRACTURE DISTAL RADIUS  
יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, סימני לחץ מהגבס, תחושה שמורה.  
במרפאה-הורדת הגבס  
במרפאה גבס חדש מלא  
23/04/2021  
יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, ללא סימני לחץ, תחושה שמורה.

| קוד  | איפיון | אבחנה           |
|------|--------|-----------------|
| 8130 | RT     | FRACTURE RADIUS |

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 11/04/2021  
הפניה לדימויות - 78190-צילום שורש/פרק יד ימ , הפניה לדימויות - 78190-צילום שורש/פרק יד ימ  
23/04/2021

סיכום והמלצות: \*גבס + מתלה  
\*שמירה על הגבס  
\*הימנעות ממגע של הגבס עם מים  
\*משככי כאבים לפי הצורך  
\*ביקורת בעוד שבועיים בבוקר  
\*הרמת היד // רגל והפעלת אצבעות  
\*במידה וקיימת החמרה בכאבים, נפיחות ולחץ של הגבס, נימלול באצבעות, כיחלון יש מיד לפנות לבדיקת רופא.  
\*בכל מקרה של החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

בברכה,

ד"ר קירסטין הוסם הוים

108090

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות \*\*\*  
ד"ר קירסטין הוים, מסר. 108090-1  
רופאה אורתופדית מומחית  
מרכז רפואי מגדל המאה



## הזמנה

**שם הלקוח:** חן ליבוביץ  
**מועד הביקור:** 20/05/21 יום ה' ט' סיון תשפ"א  
**שם הרופא:** היום קירסטין  
**מרפאה:** מגדל המאה - המרכז לרפואה יועצת - תל אביב  
**כתובת:** אבן גבירול 124, תל אביב יפו  
**אוטובוסים:** אגד 126, 26, 192 דן 125, 56, 48, 47, 22, 189  
**הנחיות:** אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.  
 יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.

תאריך הדפסה: 23/04/2021 10:35:08

# כללית

מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב  
מחוז: ת"א

## סיכום ביקור

תאריך: 09/05/2021

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| פרטי המטופל       | ליבוזיץ חן        |
| שם משפחה ושם פרטי | שם משפחה ושם פרטי |
| תל אביב - ישוב    | קהילת ורשה רחוב   |
| מס זכויות         | 00-05639682-5     |
| גיל               | 61.01             |
| ת"ז               | 73715566          |
| ת.ל.י             | 10/04/1960        |
| שם האב            | 6485394 - 3       |
| טלפון נייד        | 73715566          |
| מס בית            | 38                |

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2021  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/04/2021  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/04/2021

בת 61  
לדבריה: נפילה במדחוב עליד הבית  
ה-8/4/2021 חבלה ביד ימין  
היתה ב-TEREM- FRACTURE DISTAL RADIUS RT

בוצע סד בגבס  
בצילום: NON DISPLACED FRACTURE DISTAL RADIUS  
יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, סימני לחץ מהגבס, תחושה שמורה.

במרפאה-הורדת הגבס  
במרפאה גבס חדש מלא  
23/04/2021

יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, ללא סימני לחץ, תחושה שמורה.  
09/05/2021

יד נתונה בגבס, מניע // ה אצבעות בחופשיות, ללא סימני לחץ, תחושה שמורה.  
במרפאה-הורדת הגבס  
בבדיקה אחרי: מניע // ה אצבעות, תחושה שמורה, עדיין כאבים באזור השבר.

צילום ביקורת - שבר עדיין לא מחבר 100% מחובר בעמדה טובה.

תוצאות הדמייה:

| קוד  | איפיון | אבחנה |
|------|--------|-------|
| 8130 | RT     | אבחנה |

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/04/2021

ההפניות שהופקו ב 11/04/2021

הפניה לדימות - 78190-צילום שורש/פרק יד ימ, הפניה לדימות - 78190-צילום

שורש/פרק יד ימ

23/04/2021

במרכזא-הורדת הגבס  
בבדיקה אחרי מניע // ה אצבעות. תחושה שמורה עדיים כאבים באזור השבר.  
23/05/2021  
יד נחנה בגבס. מניע // ה אצבעות בחופשיות. ללא סימני לחץ. תחושה שמורה  
במרכזא-הורדת הגבס

| בעיה                   | אופן | תל   |
|------------------------|------|------|
| SMOKER                 |      | 01/0 |
| HYPOTHYROIDISM         |      | 03/0 |
| FRACTURE RADIUS DISTAL | RT   | 08/0 |

| תרופות                            | כמות | א. הגשה | פעמים |
|-----------------------------------|------|---------|-------|
| ELTROXIN 50MCG TAB 50MCG          | 1    | טבליות  | 1     |
| VIT B12 +FOL.AC. SLG.DH TAB.60 CF | 1    | טבליות  | 1     |
| COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U | 1    | טבליות  | 1     |

חזוק שרירים ROM | לאחר שבר

ד"ר קירסטין הוסם היום

שם הרופא

108090

מספר רשיון

תפיסה וחזמת ה

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

|      |     |                              |
|------|-----|------------------------------|
| כמות | קוד | פעולות                       |
| 1    | 301 | 301 שבר הדורש רפואציה וקיבוע |

סיכום והמלצות: \*גבס + מתלה  
 \*שמירה על הגבס  
 \*הימנעות ממגע של הגבס עם מים  
 \*משככי כאבים לפי הצורך  
 \*ביקורת בעוד שבועיים  
 \*הרמת היד // רגל והפעלת אצבעות  
 \*במידה וקיימת החמרה בכאבים, נפיחות ולחץ של הגבס, נימול באצבעות  
 כיחלון יש מיד לפנות לבדיקת רופא.  
 \*בכל מקרה של החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

בברכה,

ד"ר קירסטין הוסם הויס

108090

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

רותי בריאות כללית - מחוז ת"א-יפו  
בן פיזיותרפיה - הורביץ- הדר יוסף

תאריך  
שעה  
דף

### הזמנה לטיפול

נוטח : חן ליבוביץ

מספר זהות:

| תאריך      | יום | שעה   | חדר | מטפל/ת           | סוג בקור |
|------------|-----|-------|-----|------------------|----------|
| 25/05/2021 | ג   | 14:00 | 1   | סוכובולסקי בטינה | דחוף     |
| 08/06/2021 | ג   | 14:00 | 1   | סוכובולסקי בטינה | דחוף     |
| 15/06/2021 | ג   | 13:30 | 1   | סוכובולסקי בטינה | חוזר     |
| 22/06/2021 | ג   | 13:30 | 1   | סוכובולסקי בטינה | חוזר     |

ינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון : 03-7662121

ת המרפאה: יד המעביר 22) ש. הדר יוסף(ת"א  
בוטים :

מתבקש/ת להצטייד בכרטיס מגנטי ולחקפיד על שעת ההזמנה.  
דוק/י אם הנך חייב/ת בתשלום. לפני כניסתך לרופא/קבלת שרות.



REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA

תאריך: 021  
שעה: 45  
דף: 1

תי בריאות כללית - מחוז ת"א-יפו  
פיזיותרפיה - הורביץ- חדר יוסף

הזמנה לטיפול

מספר זהות: 39582

טח: חן ליבוביץ

| תאריך      | יום | שעה   | חדר | מטפל/ת           | סוג בקור |
|------------|-----|-------|-----|------------------|----------|
| 31/05/2021 | ב   | 08:00 | 1   | סוכובולסקי בטינה | דחוף     |

נך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון: 03-7662121

המרפאה: יד המעביר 22) ש. הדר יוסף(ת"א  
וסים:

תבקש/ת להצטייד בכרטיס מגנטי ולהקפיד על שעת ההזמנה.  
יק/י אם הנך חייב/ת בתשלום, לפני כניסתך לרופא/קבלת שרות.



REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA

## הזמנה

שם הלקוח: חן ליבוביץ  
מועד הביקור: 23/05/21 יום א' י"ב סיון תשפ"א  
שם הרופא: היום קירסטין  
מגדל המאה - המרכז לרפואה יועצת - תל אביב  
כתובת: אבן גבירול 124, תל אביב יפו  
אוטובוסים: אגד 126, 26, 192 דן 125, 56, 48, 22, 189  
הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שבו יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.

תאריך הדפסה: 09/05/2021 11:51:47

03-7622304

03-7622304

מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב

מחוזות: א

תאריך 15/2021

## אישור מחלה

פרטי המטופל

ליבו ביץ חן

00-05639582-5

10/04/1960

גיל 61.01

יוסף

שם האב

ת לידה

מין

גיל

מס זהות

שם משפחה ושם פרטי

3 - 6485394

54 - 7371556

36

קהילת ורשה

תל אביב -

טלפון נוסף

טלפון

מס בית

רחוב

ישוב

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

|                                              |        |       |        |
|----------------------------------------------|--------|-------|--------|
| אבחנה                                        | איפיון | קוד   | סוגל מ |
| MAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |        | 79989 |        |

מומלץ על מנתח מתאריך 29/05/2021 עד תאריך 29/06/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 32

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

108090

ד"ר קירסטין הוסם היום

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות