



תאונה מיום 17/12/23
מרשנו: הורי הקטינה רזאן אלקרינאוי, ת.ז. 227946837

1. הנני מייצג את הורי הקטינה שבנדון, אשר נמנית עם תלמידי הגן "אלאמל" בשכונה 17 במועדים הרלוונטיים.
 2. ביום 17/12/23 נפגעה מרשתי עת נפלה מהכסא (להלן: "התאונה").
 3. לאחר התאונה טופלה הקטינה בבית החולים סורוקה, בבאר שבע, שם אובחנה חבלה לרגלה השמאלית ללא יכולת דריכה וכאבים עזים. בדיקת הדמיה שבוצעה לקטינה וכוונה לרגלה השמאלית הדגימה שבר ורגלה הושמה בסד גבס. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה הקטינה לביתה בליווי הוריה שהיא מנועה מדריכה, בהמלצה לגפה מורמת, נטילת משככי כאבים, מנוחה והמשך מעקב רפואי.
 4. הטיפול בה בוצע במסגרת מרפאה אורתופדית של בית החולים סורוקה ובחלוף שבועיים במסגרת מעקב אובחן שבר טיביה דיסטאלית ורגלה נותרה בסד גבס מעל לברך עם אישור דריכה, טיפול לשיכוך כאב, וסיוע בכל תפקודי היומיום.
 5. בחלוף חודש, במסגרת ביקורת במרפאה האורתופדית בוצע צילום אשר הדגים איחוי חלקי אנטרקטרבטום ואנגולציה והיא הופנתה להמשך מעקב והמשך גיבוס בהנחיות כאמור.
 6. אך בחלוף חודשיים הוחלט על הסרת הגבס ודריכה לפי יכולת בעטיון של הגבלות בתנועות הקרסול.
 7. הקטינה נותרה עם צליעה וכאבים בהגבלה בתנועות רגל וקרסול שמאל, עם קושי בביצוע פעולות יומיומיות הנהוגות בקרב בני גילה וצורך בעזרה.
- רצ"ב תעודות רפואיות ודו"ח תאונה, מסומנים "כנספח 1".





8. כתוצאה מהתאונה נעדרה הקטינה למן יום התאונה ועד ליום 22.4.24.
- רצ"ב אישור לימודים ואישור היעדרות, מסומנים "כנספח 2"
9. לפי עצת יועצינו הרפואיים נכותה של הקטינה מוערכת בשיעור של 10%.
10. בהתאם לתנאי הפוליסה זכאית מרשתי, באמצעות הוריה לפיצוי בגין, נכותה הרפואית, ימי האשפוז וימי היעדרותה מבית הספר.
11. אודה עבור העברת הפיצוי לפקודת עו"ד אריאל פרייברג
12. רצ"ב יפויי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי הורי הקטינה.
13. כמו כן, אודה עבור קבלת רשימת הביטוח ונספחי הפוליסה.


אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: רואן - תיעוד רפואי ודוח פציעה (עמודים 5 עד 19)	5
נספח 2: אישור היעדרות רואן (עמודים 21 עד 21)	21
נספח 3: יפוי כח ווסר (עמודים 23 עד 25)	23



נספח 1 :

רזאן - תיעוד רפואי ודוח פציעה

(עמודים 5 עד 19)



מדינת ישראל
משרד החינוך

דו"ח על תאונה הנחיות למנהל/ת, גננת

כיסוי חבות (צד ג')

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל", חברה לביטוח בע"מ מכסה את חבותו החוקית של משרד החינוך ועובדיו, בגין תביעות המוגשות על ידי תלמידי מוסדות החינוך ועל ידי צדדים שלישיים אחרים במקרים מיוחדים. באירועים בהם נגרם נזק לתלמיד בשל הפרת חובה חוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, ניתן לפנות לחברת "ענבל" בדרישה לפיצוי בגין הנזק הנטען, לכתובת המצוינת ברשימת התפוצה.

חובת הדין

על מנהל/ת גננת המוסד החינוכי חלה החובה למלא דו"ח על כל תאונה אשר ארעה לתלמיד במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי, כולל במקרה שארע מחוץ לכותלי המוסד, כגון: סיור לימודי, טיול, יום ספורט, פעולות של"ח, או בפעילות לימודית במוסד אחר. **שבעקבותיו נדרש טיפול רפואי.**

בכל אחד מהמקרים שלהלן יש לדווח מיידית לאחראי על הבטיחות במחוז או למנהל המחוז, קודם למילוי הדו"ח:

- אם ארע מקרה מוות, חלילה.
- אם הפציעה אנושה, או אם נגרם נזק גופני חמור, כגון קטיעת איבר.
- אם הגורם לתאונה הוא מפגע בטיחותי מסוכן.
- אם יותר מתלמיד אחד נפגע בו-זמנית מאותה הסיבה.

הנחיות למילוי הדו"ח

יש להדפיס את הדו"ח המצורף ולהפיצו עם רשימת התפוצה המפורטת מטה. על המעטפה יש לציין "דוח תאונה".

- הדו"ח ימלא בכל הסעיפים בכתב יד קריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד מפי התלמיד/הורה/מורה/אחר.
- דיווח ראשוני על התאונה – יישלח תוך שבעה ימים מיום התאונה. פרק-זמן זה ניתן כדי לאסוף את מירב הפרטים והידיעות על מצבו הראשוני של הנפגע ועל נסיבות המקרה.
- דו"ח משלים (הספח העליון) – היה ונעדר התלמיד מחמת התאונה, ימלא ויישלח ל"ענבל" מייד עם שוב התלמיד ללימודים, ו/או קבלת המסמכים הרפואיים.
- אי מילוי הדו"ח כנדרש לא ייחשב כדיווח על התאונה ויאחזר למוסד החינוכי להשלמה.
- אין למסור העתק או צילום של הדו"ח לכל גורם, למעט המכותבים בתפוצה, אלא אם כן ניתן לכך היתר מהיועץ המשפטי של המשרד, או שיש בידי המבקשים אישור שהם מייצגים את חב' הביטוח "ענבל".

תפוצה:

1. מקור – הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל" חברה לביטוח בע"מ, רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה ת.ד. 282, נתב"ג 70100.
2. העתק – למפקח/ת על ביה"ס/הגן.
3. העתק – למנהל/ת המחלקה לחינוך ברשות המקומית/בעלים של המוסד החינוכי.
4. העתק – למנהל המחלקה לביטוח במשרד החינוך, רח' שבטי ישראל 34 ירושלים, 91911.
5. העתק – בתיק תאונות במוסד החינוכי.

לידיעתך, בימים אלו פועל משרד החינוך בבניית מערכת דיווח ממוחשבת באמצעות מנב"ס. שיטת דיווח זו הינה זמנית עד להפעלת המערכת החדשה.

זכרו!

תאונות אינן קורות הן נגזרות, קיימו את כללי הבטיחות ומנעתם תאונה!

מיקוד: 853570 טלפון: מקום: תיקוד: 853570 טלפון בבית: כיתה: א

סוג המוסד	מקום התאונה	חלק גוף נפגע	סוג פעילות	נסיבות התאונה
☒ גן	☒ כיתה	☐ ראש	☐ הפסקה	☒ גפילה
☐ יסודי	☐ אולם התעמלות	☐ עיניים	☐ חינוך גופני	☐ התחשמלות
☐ חטי"ב	☐ חדר מלאכה	☐ מניע	☐ טיול	☐ כווייה
☐ חינוך עיוני	☐ מרחץ לשטח ב"ס	☐ שיניים	☒ שיעור	☐ הרעלת חומרים
☐ חינוך מקצועי	☐ מרצת	☐ גפיים עליונות	☐ שיעור מקצועי	☐ בליעת עצם או
☐ ב"ס חקלאי	☐ מעבדה	☐ גפיים תחתונות	☐ אחר:	☐ פגיעה מרכב
☐ פנימייה	☐ מסדרון	☐ אצבעות		☐ פגיעה מדלת
☐ מוסדות תורניים	☐ שירותים	☐ חזה		☐ החלקה
☐ אחר:	☐ מדרגות	☒ גוף		☐ רקידה
	☐ חצר	☐ צוואר		☐ טביעה
	☐ מגרש ספורט	☐ אבר מין		☐ עקיצה/נשיכה
		☐ בטן		☐ אחר

תיאור התאונה (סמן - יכולה ע"י מבוגר/ת המוסד מפי התלמיד/הורה/אחר. יש לעיין עובדות בלבד)

ביום יום, בשעה 17:00, התרחשה תאונה בחדר המלאכה. תלמידת בית ספר, שם פרטי: אורנה, בת 17, נפגעה בגופה כאשר היא נפלה מרצפת החדר. הסיבה לנפילה הייתה רצפת הרצפה הייתה חלקה. התאונה התרחשה בזמן שיעור חינוך מקצועי. נזק גוף: חבלות בגוף. נזק חומרי: אין. נזק רוחני: אין. נזק כלכלי: אין. נזק אחר: אין.

רווח למנהל/ת/גוננת על ידי שם משפחה: אורנה/תלמידת בית ספר. שם פרטי: אורנה. תפקיד: תלמידת בית ספר. כתובת: 17. טלפון: 0528093645.

עדים לתאונה			
השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/כ"ד
1. אורנה/תלמידת בית ספר	אורנה		0528093645
2. אורנה/תלמידת בית ספר	אורנה		0536220117
3. אורנה/תלמידת בית ספר	אורנה		0503035475

מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה

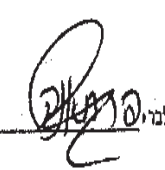
השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/כ"ד
1. אורנה/תלמידת בית ספר	אורנה		0528093645
2.			

טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי

שם המטפל	תפקיד	עזרה ראשונה	חומן אמבולנס	הועבר לטיפול נוסף אל:	אשפוז במחלק וירוע	לוח על ידי	תפקיד	שעה
ר/א	כן	לא	כן	לא	כן	לא	אורנה/תלמידת בית ספר	17:45

מסירת הודעה למשפחה

תאריך	שעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסד ההודעה	תפקיד
17/12/2023	17:45	חיים אורנה/תלמידת בית ספר	אבא	אורנה/תלמידת בית ספר	אורנה

17/12/2023
 חתימת המנהל/ת/גוננת בלבד: 

הופק ע"י דר' אזולאי אופירה 17/12/2023 11:18

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: רזאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0559623723 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 17/04/2019 תעודת זהות: 22794683 מין: נקבה גיל: 4 ש' ו 8 ח' שם האב: חסין	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 17/12/2023 10:33 מספר ביקור: 2023271118 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה

- FRACTURE OF TIBIA (Left) (82380)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע בריאה

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים - מפורן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורטופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	סטורציה	VAS
10:38 17/12/2023	118	100	לא ניתן למדוד

רופא אחראי

רופא: דר' אזולאי אופירה מ.ר. 113909

בדיקות עזר

הופק ע"י דר' אזולאי אופירה 17/12/2023 11:18

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: רזאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0559623723 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 17/04/2019 תעודת זהות: 22794683 מין: נקבה גיל: 4 ש' ו 8 ח' שם האב: חסין	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 17/12/2023 10:33 מספר ביקור: 2023271118 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה

- FRACTURE OF TIBIA (Left) (82380)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע בריאה

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים - נופורן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורתופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	סטורציה	VAS
10:38 17/12/2023	118	100	לא ניתן למדוד

רופא אחראי

רופא: דר' אזולאי אופירה מ.ר. 113909

בדיקות עזר

הופק ע"י דר' אזולאי אופירה 17/12/2023 11:18

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: רזאן כתובת: שכונה 17 רהט טלפון: 8535700 0559623723 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 17/04/2019 תעודת זהות: 22794683 מין: נקבה גיל: 4 ש' ו8 ח' שם האב: חסין	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 17/12/2023 10:33 מספר ביקור: 2023271118 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

תוצאה	תאריך	בדיקה
שים לב! בדיקה זו איננה חתומה לא הוקלדה תשובה	17/12/2023	צילום שוק שמאל

חתימה: _____

מכתב נחתם ע"י: דר' אזולאי אופירה מ.ר. 113909



סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

שם משפחה:	שם פרטי:	סוג דם:	אלקרינאוי	רזאן	תאריך לידה:	17/04/2019	מס' לידה:	22794683-7	ת. זהות:	חסיין	מס' חסיין:	2024010389
-----------	----------	---------	-----------	------	-------------	------------	-----------	------------	----------	-------	------------	------------

מרפאה אורטופדית

מנהל/ת: דר' בנקוביץ ואדים מ.ר. 21905

אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי

מס' ביקור: 2024010389

תוצאות בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	10/01/2024	צילום שוק שמאל

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	*בדיקת רופא אורתופד במרפאה	10/01/2024 09:47	דר' אבלביץ ארטיום מ.ר. 162447

המשך טיפול

פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ:	הערות
* בדיקת רופא אורתופד במרפאה			70017	שבועות 2

חתימת:

מכתב נחתם ע"י: דר' אבלביץ ארטיום מ.ר. 162447

המכתב הודפס על ידי דר' אבלביץ ארטיום 10/01/2024 09:47

חסיין אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



הופק ע"י דר' אבליץ ארטיס מ.ר. 162447 מ.ר. 10/01/2024 09:47

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

שם משפחה:	אלקרינאוי	ת. לידה:	17/04/2019	מרפאה אורטופדית
שם פרטי:	רזאן	ת. זהות:	22794683-7	מנהל/ת: דר' בנקוביץ' ואדים מ.ר. 21905
כתובת:	שכונה 17, רהט 8535700	מין:	נקבה	אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
טלפון:	0559623723	גיל:	4 ש' ו 8 ח'	מס' ביקור: 2024010389
סוג דם:		שם האב:	חסין	טלפון: 08-6403785
גורם מממן:	דחם			פקס: 08-6768720

תאריך הביקור: 10/01/2024 שעת ביקור: 09:44

אבחנות בביקור

- FRACTURE OF TIBIA (Left) (82380)

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע בריאה

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדחוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים - נופרן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורטופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

=====

ביקורת 28/12/23

שבר טיביא דיסטאלית

עמדה מתקבלת בצילום

ללא חוסר NV

ת-

גבס מלא מעל הברך

ביקורת עוד שבוע

אזהרת גבס

ללא דריכה

בכל החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

ביקורת ב 10.01.2024

שבה לביקורת במרפאתנו במצב כללי טוב.

ללא חוסר NV

מדדים תקינים

בצילום - שבר בדרך לחיבור. יש אנגולציה קלה 10 מעאלות

תוכנית:

1. נגד כאבים לפי צורך

2. ביקורת בעוד שבועיים במרפאתנו לפי צורך הורדת גבס וצילום ביקור בלי גבס

3. מעקב רופא מטפל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים



הופק ע"י ד"ר אבו סעלוק עבד אל נאסר מ.ר. 154642 28/12/2023 10:40

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מ.ר. מרפאה אורטופדית	17/04/2019	ת. לידה:	אלקרינאוי	שם משפחה:
מנהל/ת: דר' בנקוביץ' ואדים מ.ר. 21905	22794683-7	ת. זהות:	רזאן	שם פרטי:
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי	נקבה	מין:	שכונה 17, רהט 8535700	כתובת:
מס' ביקור: 2023799175	4 ש' ו8ח'	גיל:	0559623723	טלפון:
טלפון: 08-6403785				סוג דם:
פקס: 08-6768720	חסין	שם האב:	דרום	גורם מממן:

תאריך הביקור: 28/12/2023 שעת ביקור: 09:43

אבחנות בביקור

- FRACTURE OF TIBIA (Left) (82380)

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע בריאה

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים - נופרן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורטופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

=====

ביקורת 28/12/23

שבר טיביא דיסטאלית

עמדה מתקבלת בצילום

ללא חסר NV

ת-

גבס מלא מעל הברך

ביקורת עוד שבוע

אזהרת גבס

ללא דריכה

בכל החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תוצאות בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	28/12/2023	צילום שוק שמאל

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	*בדיקת רופא אורטופד במרפאה	28/12/2023 10:40	154642 מ.ר. נאסר
58056	1	הורדת גבס		רובין עמוס
המשך טיפול				

הופק ע"י דר' אזולאי אופירה 17/12/2023 11:18

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: רזאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0559623723 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 17/04/2019 תעודת זהות: 22794683 מין: נקבה גיל: 4 ש' ו 8 ח' שם האב: חסין	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 17/12/2023 10:33 מספר ביקור: 2023271118 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

אבחנה

- FRACTURE OF TIBIA (Left) (82380)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע בריאה

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים- מפורן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורטופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	סטורציה	VAS
10:38 17/12/2023	118	100	לא ניתן למדוד

רופא אחראי

רופא: דר' אזולאי אופירה מ.ר. 113909

בדיקות עזר

OF MOUTH						
Diagnosis: OTHER SURGICAL EXTRACTION OF TOOTH	72319			13/04/2023		

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מסמכים נלווים

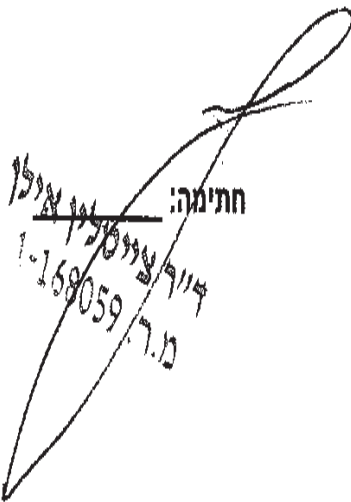
דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	גרשם ע"י
70017	1	*בדיקת רופא אורתופד במרפאה	28/01/2024 11:52	דר' צייטלין אילן מ.ר. 168059
58056	1	הורדת גבס		ביטון דוד אליעזר

המשך טיפול

פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ:	הערות
בדיקת רופא אורתופד ילדים מרפאה		7070017	שבועות 3	



חתימה:

 ד"ר צייטלין אילן מ.ר.
 1-168059

נחתם ע"י: דר' צייטלין אילן מ.ר. 168059



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי



מרכז רפואי אוניברסיטאי
מקדש ילין ב"מ

הופק ע"י ד"ר צייטלין אילן מ.ר. 168059 28/01/2024 11:54

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מ.ר. 21905	מ.ר. 22794683-7	17/04/2019	ת. לידה:	שם משפחה:	אלקרינאוי
מנהל/ת:	מ.ר. 21905	ת. זהות:	שם פרטי:	רזאן	
אח/אחות אחראיים:	אוסנת מרגי	מין:	כתובת:	שכונה 17, 8535700	
מס' ביקור:	2024044722	גיל:	טלפון:	0559623723	
טלפון:	08-6403785	ש' ו' 4	סוג דם:		
פקס:	08-6768720	מרפאה:	מחוז:		
		שם האב:	גורם מממן:	דרום	
		חסי'ן			

תאריך הביקור: 28/01/2024 שעת ביקור: 11:11

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF TIBIA	82380	Left					

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע OI

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמנזה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.

משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס

נגד כאבים - נופורן, אקמול לפי הצורך

הרמת הגפה במנוחה

ביקורת מרפאות חוץ אורתופדיה בעוד שבוע

בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

=====

ביקורת 28/12/23

שבר טיביא דיסטאלית

עמדה מתקבלת בצילום

ללא חוסר NV

ת-

גבס מלא מעל הברך

ביקורת עוד שבוע

אזהרת גבס

ללא דריכה

בכל החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

ביקורת ב 10.01.2024

שבה לביקורת במרפאתנו במצב כלי טוב.

ללא חוסר NV

מדדים תקינים

בצילום - שבר בדרך לחיבור. יש אנגולציה קלה 10 מעלות

תוכנית:

1. נגד כאבים לפי צורך

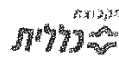
2. ביקורת בעוד שבועיים במרפאתנו לפי צורך הורדת גבס וצילום ביקור בלי גבס

3. מעקב רופא מטפל

ביקורת ב 10.01.2024



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי



הופק ע"י דר' שוורץ רוברט מ.ר. 80455 21/03/2024 12:10

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית ילדים

מרפאת אורטופדית ילדים
מנהל/ת: דר' בנקוביץ' ואדים מ.ר. 21905
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
מס' ביקור: 2024187488
טלפון: 08-6403785
פקס: 08-6768720

שם משפחה:	אלקרינאוי	ת. לידה:	17/04/2019
שם פרטי:	רזאן	ת. זהות:	22794683-7
כתובת:	שכונה 17, 8535700	מין:	נקבה
טלפון:	0559623723	גיל:	4 ש' ו 11 ח'
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	חסיין
גורם מממן:	דרום		

תאריך הביקור: 21/03/2024 שעת ביקור: 11:47

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF TIBIA	82380	Left					

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בת 4 וחצי, ברקע OI

מעדה ונפלה בגן, בליווי אביה כך שאין אנמזנה לגבי מנגנון, לא דורכת על רגלה השמאלית מאז, ללא חסר NV

בצלום - TODDLER FRACTURE LT

הושם גבס.



משוחררת בהמלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל
אין לדרוך, להרטיב או לשבור את הגבס
נגד כאבים - נופרן, אקמול לפי הצורך
הרמת הגפה במנוחה
ביקורת מרפאות חוץ אורטופדיה בעוד שבוע
בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא

ביקורת 28/12/23

שבר טיביא דיסטאלית

עמדה מתקבלת בצילום

ללא חסר NV

ת-

גבס מלא מעל הברך

ביקורת עוד שבוע

אזהרת גבס

ללא דריכה

בכל החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

ביקורת ב 10.01.2024

שבה לביקורת במרפאתנו במצב כללי טוב.

ללא חסר NV

מדדים תקינים

בצילום - שבר בדרך לחיבור. יש אנגולציה קלה 10 מעלות

תוכנית:

- נגד כאבים לפי צורך
- ביקורת בעוד שבועיים במרפאתנו לפי צורך הורדת גבס וצילום ביקור בלי גבס
- מעקב רופא מטפל

ביקורת ב 10.01.2024

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית ילדים

שם משפחה:	אלקרינאוי	תאריך לידה:	17/04/2019	מרפאת אורטופדית ילדים
שם פרטי:	רזאן	ת. זהות:	22794683-7	מנהל/ת: דר' בנקוביץ' ואדים מ.ר. 21905
סוג דם:		שם האב:	חסין	אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
				מס' ביקור: 2024187488

שבה לביקורת במרפאתנו במצב כללי טוב.
רגישות במישוש, ללא חוסר NV

בצילום - שבר בדרך לחיבור, טרם חיבור מלא. יש אנטרקורבטום קל ואנגולציה של 10 מעלות

ביעוץ ד"ר יוג'ן, זקוקה למגף גבס קצר ודריכה לפי יכולת

תוכנית:

1. גגד כאבים לפי צורך
2. ביקורת בעוד 3 שבועות לצילום ללא גבס
3. מעקב רופא מטפל
4. דריכה לפי יכולת על הגבס

15.2.24

המשך מעקב

מתניידת עם גבס מגף על רגל שמאל.
בבדיקה - הגבס שלם, מניעה בהזנות.
בבדיקה ללא גבס - עור תקין, טווחים מוגבלים בקרסול
לפי צילום ללא גבס - עמדה ללא שינוי, מחובר.

21.3.24

המשך מעקב

מזה כחודש ללא גבס
בבדיקה - הליכה עם צליעה קלה מאוד. אין רגישות במישוש מקומי. ציר תקין.
ברגל ימין ללא רגישות, ישנה הקשתה קלה של הטיביה.
לפי צילומי ירכיים ושוקיים דו-צדדי מהיום - השבר בשוק שמאל מחובר היטב, עמדה תקינה. לציון BOWING קל עם אפקס קדמי של ע 5-10 מעלות בשוקיים.
ירכיים - ללא עיוות, ללא שברים.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מסמכים נלווים

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	*בדיקת רופא אורתופד במרפאה	11:53 21/03/2024	דר' שוורץ רוברט מ.ר. 80455

סיכום והמלצות

מעקב רופא מטפל
חזרה לפעילות באופן הדרגתי
ביקורת בעוד 3 חודשים.

המשך טיפול

קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ:	הערות
* בדיקת רופא אורתופד במרפאה	70017	3 חודשים	

ממחה בכירה
מ.ר. 80455
חתימה:

נחתם ע"י: דר' שוורץ רוברט מ.ר. 80455 מ.ר.מ: 9607

דו"ח על תאונה הנחיות למנהל/ת, גננת

כיסוי חבות (צד ג')

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל", חברה לביטוח בע"מ מכסה את חבותו החוקית של משרד החינוך ועובדיו, בגין תביעות המוגשות על ידי תלמידי מוסדות החינוך ועל ידי צדדים שלישיים אחרים במקרים מיוחדים. באירועים בהם נגרם נזק לתלמיד בשל הפרת חובה חוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, ניתן לפנות לחברת "ענבל" בדרישה לפיצוי בגין הנזק הנטען, לכתובת המצוינת ברשימת התפוצה.

חובת הדימוי

על מנהל/ת גננת המוסד החינוכי חלה החובה למלא דו"ח על כל תאונה אשר ארעה לתלמיד במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי, כולל במקרה שארע מחוץ לכותלי המוסד, כגון: סיור לימודי, טיול, יום ספורט, פעולות של"ח, או בפעילות לימודית במוסד אחר. **שבעקבותיו נדרש טיפול רפואי.**

בכל אחד מהמקרים שלהלן יש לדווח מיידית לאחראי על הבטיחות במחוז או למנהל המחוז, קודם למילוי הדו"ח:

- אם ארע מקרה מוות, חלילה.
- אם הפציעה אנושה, או אם נגרם נזק גופני חמור, כגון קטיעת איבר.
- אם הגורם לתאונה הוא מפגע בטיחותי מסוכן.
- אם יותר מתלמיד אחד נפגע בו-זמנית מאותה הסיבה.

הנחיות למילוי הדו"ח

יש להדפיס את הדו"ח המצורף ולהפיצו עם רשימת התפוצה המפורטת מטה. על המעטפה יש לציין "דוח תאונה".

- הדו"ח ימלא בכל הסעיפים בכתב יד קריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד מפי התלמיד/הורה/מורה/אחר.
- דיווח ראשוני על התאונה – יישלח תוך שבעה ימים מיום התאונה. פרקי-זמן זה ניתן כדי לאסוף את מירב הפרטים והידיעות על מצבו הראשוני של הנפגע ועל נסיבות המקרה.
- דו"ח משלים (הספח העליון) – היה ונעדר התלמיד מחמת התאונה, ימלא ויישלח ל"ענבל" מייד עם שוב התלמיד ללימודים, ו/או קבלת המסמכים הרפואיים.
- אי מילוי הדו"ח כנדרש לא ייחשב כדיווח על התאונה ויאחזר למוסד החינוכי להשלמה.
- ה. אין למסור העתק או צילום של הדו"ח לכל גורם, למעט המכותבים בתפוצה, אלא אם כן ניתן לכך היתר מהיועץ המשפטי של המשרד, או שיש בידי המבקשים אישור שהם מייצגים את חב' הביטוח "ענבל".

תפוצה:

- מקור – הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל" חברה לביטוח בע"מ, רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה ת.ד. 282, נתב"ג 70100.
- העתק – למפקח/ת על ביה"ס/הגן.
- העתק – למנהל/ת המחלקה לחינוך ברשות המקומית/בעלים של המוסד החינוכי.
- העתק – למנהל המחלקה לביטוח במשרד החינוך, רח' שבטי ישראל 34 ירושלים, 91911.
- העתק – בתיק תאונות במוסד החינוכי.

לידיעתך, בימים אלו פועל משרד החינוך בבניית מערכת דיווח ממוחשבת באמצעות מנב"ס. שיטת דיווח זו הינה זמנית עד להפעלת המערכת החדשה.

זכרו!

תאונות אינן קורות הן נגזרות, קיימו את כללי הבטיחות ומנעתם תאונה!

מיקוד: 853570 טלפון: _____ מקום: _____ תפקיד: 853570 טלפון בבית: _____ כיתה: א

סוג המוסד	מקום התאונה	חלק גוף נפגע	סוג פעילות	נסיבות התאונה
☒ גן	☒ כיתה	☐ ראש	☐ הפסקה	☒ גפילה
☐ יסודי	☐ אולם התעמלות	☐ עיניים	☐ חינוך גופני	☐ התחשמלות
☐ חטי"ב	☐ חדר מלאכה	☐ מניע	☐ טיול	☐ כווייה
☐ חינוך עיוני	☐ מרחץ לשטח ב"ס	☐ שיניים	☒ שיעור	☐ הרעלת חומרים
☐ חינוך מקצועי	☐ מרצת	☐ גפיים עליונות	☐ שיעור מקצועי	☐ בליעת עצם או
☐ ב"ס חקלאי	☐ מעבדה	☐ גפיים תחתונות	☐ אחר:	☐ פגיעה מרכב
☐ פנימייה	☐ מסדרון	☐ אצבעות		☐ פגיעה מדלת
☐ מוסדות תורניים	☐ שירותים	☐ חזה		☐ החלקה
☐ אחר:	☐ מדרגות	☐ גב		☐ רקידה
	☐ חצר	☒ גוף		☐ נביעה
	☐ מגרש ספורט	☐ צוואר		☐ עקיצה/נשיכה
		☐ אבר מין		☐ אחר
		☐ כטן		

תיאור התאונה (סמן - יכולה ע"י מבנה/ת המוסד מפי התלמיד/הורה/אחר. יש לעיין עובדות בלבד)

ביום 17/12/2023 בשעה 17:45, התרחשה תאונה בחדר המלאכה של בית הספר, כאשר תלמידת בית הספר, שם פרטי: אהרן, נפגעה באזור הכתף בזמן שביצעה תרגילי כושר. הסיבה לתאונה הייתה חוסר זהירות של התלמידה בעת ביצוע התרגיל.

רווח למנהל/ת/גוננת על ידי שם משפחה: אהרן/י, שם פרטי: אהרן, כתובת: 17/12/2023, טלפון: 0528093645

עדים לתאונה			
השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/כ"ד
אהרן/י אהרן	אננת		0528093645
אהרן/י אהרן	אננת		0536220117
אהרן/י אהרן	אננת		0503035475

מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה

השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/כ"ד
אהרן/י אהרן	אננת		0528093645

טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי

שם המטפל	תפקיד	עזרה ראשונה	חזקת אמבולנס	הועבר לטיפול נוסף אל:	אשפוז במחלק וירוע	לוח על ידי	תפקיד	שעה
אהרן/י אהרן	אננת	כן	כן	כן	כן	כן	אננת	17:45

מסירת הודעה למשפחה

תאריך	שעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסד ההודעה	תפקיד
17/12/2023	17:45	אהרן/י אהרן	אננת	בית הספר	אננת

החתימת המנהל/ת/גוננת בלבד:  תאריך: 17/12/2023

נספח 2 :

אישור היעדרות רזאן

(עמודים 21 עד 21)





למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוסס נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך

20/6/2024
תאריך

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה

הריני לאשר כי התלמיד 174 אליהו ת. 227946837 תאריך לידה 17/4/2019
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) א"מ
במועד תאריך האירוע 17/12/2023 (יש לציין תאריך).



כתובת המוסד החינוכי 174
סמל מוסד 188292 טלפון
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך 11/4/2023 עד תאריך 30/6/2024

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים

מתאריך 18/12/2023 עד תאריך 22/4/2024

בכבוד רב,

פנאלי זק - מנאל שני יל קט
שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית



נספח 3 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 23 עד 25)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אלקרינאוי	רזאן	22794683	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
אלסאלח	41	8535700	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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

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

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף 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 _____ עולה אלקרינאוי ת.ז. _____ 204289078 שם האב _____ חסין אלקרינאוי ת.ז. _____ 308103902

תאריך: 12/6/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עולה וחסין אלקרינאוי הורי הקטינה רזאן אלקרינאוי, ת.ז. מס' 308103902;204289078, מרחוב אלסאלח 41, רהט, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של נגד ביטוח/פוליסת תלמידים בענין תאונת דרכים מיום של 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 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, 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.

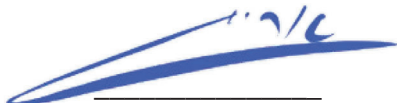
ולראיה באתי על החתום

היום 12 לחודש 6 שנה 2024

חתימה: X



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

