

ת א' 24-07-29066

בבית משפט השלום
בכפר סבא

תאריך חתימת המסמך 7/7/24

התובעת: **מורן קבלה, ת"ז 204597454**
מרחוב מוהליבר 32, נתניה 4224125
טלפון: 053-3329649

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 –

הנתבעת: **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: פלג"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 והתובעת הגישה 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 לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 14.6.1993, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מספר רישוי 85-698-13 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת 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 תעודת חובה, רישיון רכב ותמונות הזירה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
4. התובעת, מנהלת שירות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת וריכוז, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקף עיסוקה ונגרמו לה הפסדי שכר בעבר ובעתיד.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה וגידול ילדיה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.



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

7. בתאריך 23.5.23, בסביבות השעה 12:40, היה הרכב הנהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה והתובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים לניאדו, בנתניה, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בכתף ימין, בגפיים התחתונות ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה למנוחה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.
9. התובעת אשר סבלה מכאבים והגבלה בתנועות בצוואר והגב, כמו גם, ירידה בשמיעה וטנטון המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, בדיקת א"ג, נטילת תרופות לשיכוך כאב ונוגדי דלקת והמשך טיפול ומעקב.
10. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ונותרה עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב.

11. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובעת וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלטי דיסק בגבים L4-L5, L3-L4 עם לחץ על השק התקאלי וספונדילוויזס דו"צ עם ליסטזיס ובלט דיסק בגובה L5-S1
12. התובעת הרתה והוחלט להפנותה לקבלת טיפול שמרני בשים לב להריונה ולצורך ויסות כאב ובשים לב לכאבים ולהגבלה בתנועות עמוד השדרה הומלץ לה על שמירת הריון והמלצה לטיפול רפואה משלימה/הידרותרפיה.
13. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הקרנה לגפיים התחתונות, כמו גם טנטון וסחרחורות הופנתה לבדיקת מומחה עמוד שדרה, המשך מעקב רפואי א"ג, טיפולי פיזיותרפיה לאחר לידתה, רפואה משלימה וטיפול נוגד כאב.
14. התובעת נבדקה ע"י אורתופד מומחה עמוד שדרה אשר איבחן כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני עם הקרנה לרגל ימין והמליץ על ביצוע בדיקות הדמיה, בירור ראומטולוגי והמשך מעקב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
15. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש, סחרחורות וטנטון, מקושי בשיבה, הליכה ועמידה ממושכות, מקושי בכיפוף, הרמה וכריעה, מקושי בהרמה ונשיאה, מקשיי שינה והירדמות, כאב והגבלה, היא נזקקת למעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב וטיפול תרופתי ותיזקק לכך גם בעתיד.
16. התובעת, מנהלת שירות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בשיבה ממושכת וריכוז מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה ונגרמו לה הפסדי שכר.
17. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת, בניהול משק ביתה ובטיפול בילדיה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
18. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

19. להלן פירוט נזקי התובעת:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|----------|---|
| 95,500 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 19,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 4,800 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 7,920 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

20. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי התביעה.

21. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובעת 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 התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: רישיון רכב תעודת חובה ותמונות (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 13 עד 43)	13
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 45 עד 45)	45
נספח 4: יפוי כח ווסר ותצהיר תאונות (עמודים 47 עד 50)	47



נספח 1 :

רישיון רכב תעודת חובה ותמונות

(עמודים 7 עד 11)





רישיון רכב



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשאת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה. עם
זאת, חלה חובה
לשאת תעודת
מזהה רשמית,
ומסמכים נוספים,
כגון ביטוח,
התניות רפואיות
וכל מסמך אחר
המחויב עפ"י חוק

מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

מספר רכב		סוג		בתוקף עד	
8569813		M1 פרטי נוסעים		16/07/2023	
קבלה נתנאל		מספר זהות		31136343-6	
גריןבויס 36 דירה 6 נתניה 42465		תאריך הדפסה		12/02/23	
תאריך רישום		תאריך בעלות		15/04/18	
17/07/12		01		בעלים קודמים	
מועד עליה לכביש 07/2012		מספר שילדה		KMHDH41CBCU542410	
מקומות ישיבה למעט הנהג		תוצר מנוע		יונדאי	
1		דגם מנוע		G4FG	
בנזין		נפח		1591	
צמיג קדמי		מספר מנוע		G4FGCU557096	
205/55R16 91 H		כסוף כהה		צבע	
205/55R16 91 H		הנעה		4X2	
1800		משקל כולל		0	
משקל מורשה		משקל עצמי		אין	
אין		ו גרירה		אין	
ב- 156,729 ק"מ		רשיון נהיגה מתאים B		ב- 18/07/2022	

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

בעלים נוספים:

תוצר	יונדאי קוריא	דגם	DH41C	מרכב	סדאן
כינוי מסחרי	135	רמת גימור	SUPREME	קבוצת רישוי	3
הספק (כ"ס)	132.00	דרגת זיהום אוויר	15	כריות אוויר	6
בקרר יציבות	כן	ABS	כן	אנטי בלימה	כן
חלון בנג	כן	הוראת רישום	12-0232	קוד	00481-0016

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

ת.תשלום 12/06/22 סך 1268.00 ש"ח; ת.מבחן 18/07/22
רשומות יבוא 230612624

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

כפל

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט) !
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במקד הנלפוני *5678



לתשלום מקוון
באתר האינטרנט

8569813-23-4

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



מספר הרכב
8569813-23-4

בעל הרכב
קבלה נתנאל
גריןבויס 36 דירה 6
42465 נתניה

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

כפל

חלק א' - פוליסה לביטוח רכב חובה

(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל - 1970)

6. מטרת השימוש המותרות

(א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:

- (1) מטרת חברות, פרטיות או מטרת עסקית של המבוטח שאין נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 למתקנות התעבורה, ובלבד שמטרת אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
- (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
- (4) מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לענין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג-תפעול או חוזה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימוני).
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטקו קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי מוטורי של מרוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

7. בני האדם הרשאים לנהוג ברכב

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברישון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

22 (ג) בעל פוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבתה בהודעה למבטח; תקופת ההשבתה תסתיים במועד המצוי בהודעה האמורה ובלבד שמועד סיום ההשבתה לא יהיה למפרע.

חלק ב' - פוליסה לביטוח סחר - רכב חובה

(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל - 1970)

5. מטרת השימוש המותרות

חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לשם סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים.

6. בני האדם הרשאים לנהוג ברכב

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב, בכפוף להוראות סעיף 7(א)(2) להלן.

7. הרחבות והגבלות

(א) אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:

- (1) שימוש ברכב למטרות פרטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינם מטרה עסקית מאלה:
 - (א) הוראת נהיגה;
 - (ב) הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת;
 - (ג) חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
- (2) נהיגה ברכב בידי מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או הנהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר לפחות אחד מהם נמצא ברכב;
- (3) שימוש ברכב מנועי הרישום במשרד הרישוי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.

(ב) הגבלה לאופנועים:

חבות המבטח לפי פוליסה זו תוגבל לשימוש באופנועים בלבד, רק אם הגבלה כאמור צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

הפניקס חררה לביטוח רע"מ

מהדורה 2021



הנתיב המהיר

מסיימים בשבילך טיפול
בתביעה עד 10 ימים.

*פרסום זה הינו תמצית בלבד
וזכויות המבוטח יהיו בהתאם
לתנאי הפוליסה וסייגיה.

חיג למרכז תביעות הפניקס

***5070**
24 שעות ביממה

פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל-1970

תעודת ביטוח חובה

המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח חובה

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם
כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים
שישולמו לבעל הפוליסה, או להקנות למבטח זכות
לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.



מס' זיהוי של בעל הפוליסה
(ת.ז./פ.ח./נ.ח.)

311363436

מס' פוליסה	שם הסוכן	מס' הסוכן
02	הפניקס SMART	64096

שם בעל הפוליסה

קבלה נתנאל גרינבוים 36 נתניה 42465

מס' רישוי	מס' שילדה	סוג הרכב	יצר/דגם	סמ"ק/טון	עלייה לכביש	נוסעים
8569813	41CBCU542410	M1	REME I35	1600	2012	1+4

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 1/01/2023 מועד פקיעת הביטוח: 31/10/2023

פרטים בדבר ותקף הכיסוי והיקפו
מפורסמים באתר www.fmx.co.il



ניתן לשלם בכל סניפי הבנקים הבאים:
בנק דיסקונט ח"ן 9586865-010-11
בנק לאומי ח"ן 339529/12-800-10
בנק הבינלאומי ח"ן 409517321-046-31
בנק המזרחי ח"ן 375316-461-20
בנק הדואר ח"ן 6-62260-8
(התשלום בכסף מזומן בלבד)

במזומן או בתשלומים בהתאם להסדרים
עם חברות כרטיסי האשראי:
ישראכרט מס' ספק 2034825
זיה מס' ספק 1766101
דיינרס מס' ספק 1766101

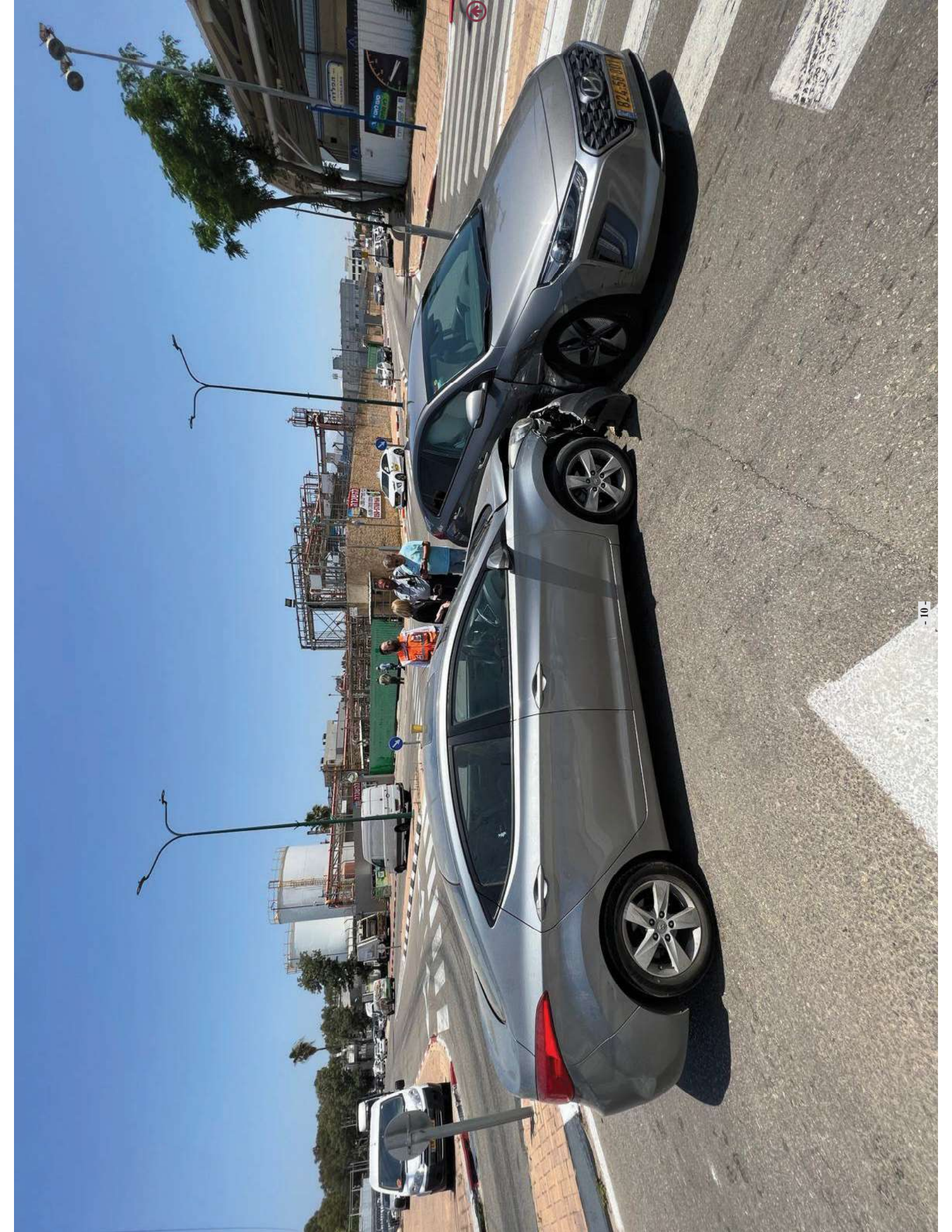
אין לשלם תעודה זו בסניפי בנק הפועלים

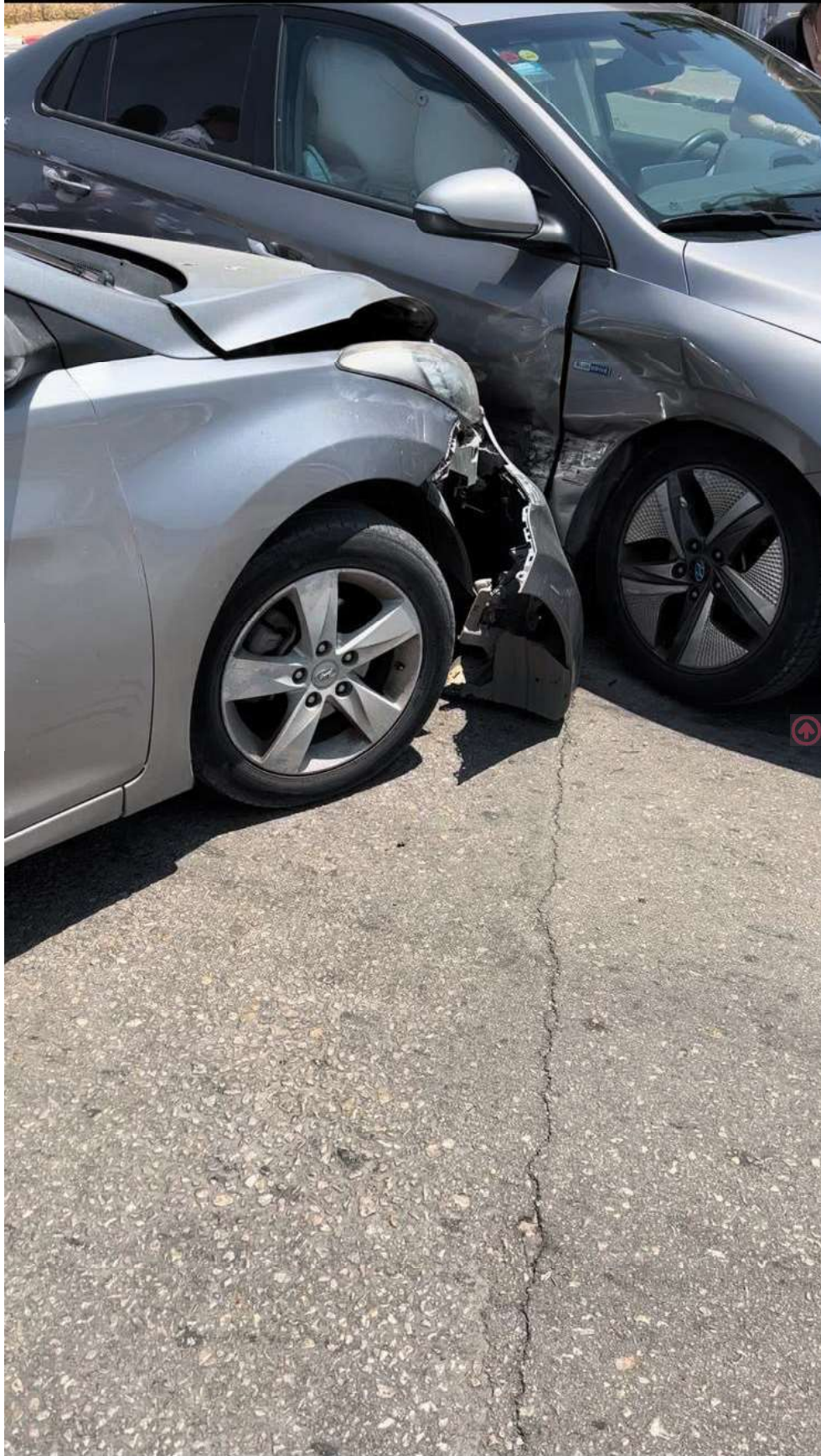
יום ושעת הדפוס: 01/01/2023 11:08

סה"כ 00.
דמי ביטוח

0100000914







נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 13 עד 43)



 מרכז רפואי צאנז מסנף לבית הספר ללימודי רפואה אודסה	גליון מיון מס' אשפוז: 23125732 ת. קבלה לביה"ח: 23/05/2023 שעת קבלה: 13:02 	מחלקה: חדר מיון מנהל: ד"ר מידן רועי א. אחראית: טלפון: 09-8604630 פקס: 09-8609200 ד"א: rmeidan@laniado.org.il
---	--	---

פרטים אישיים

שם האב: טלפון: 053-3329649	מיון: נקבה גיל: 30.0	שם פרטי: מורן ת. לידה: 14/06/1993 שם משפחה: קבלה תעודת זהות: 1-204597454 כתובת: מוהליבר 32 נתניה
--	------------------------------------	---

שעה: 14:12

רופא מרכז הטיפול: ד"ר סאלי לוי

שעה: 16:06

רופא מרכז הטיפול: ד"ר עודאי קעדאן

שעה: 16:20

רופא מרכז הטיפול: ד"ר רומן ליברמן

סיבת פניה:

כאבים בצוואר, גב, ברך וכתף מימין

מחלה נוכחית, בדיקה גופנית ותכנית עבודה:

לדבריה, יום פנייתה למיון היתה מערובת בתאונת דרכים במהלך העבודה בתור נהגת חגורה, קנמטיקה קלה, ללא חבלת ראש, מתלוננת בעיקר על כאבים בצוואר בכתף ימין, בע"ש מותני, בברך ימין.

בבדיקתה - לא חאים שינויים חיצוניים בצוואר, גב, ברך וכתף ימין, שיפשוף שטחי מעל PIZIFORM שורש כף יד שמאל

ראש: ללא סימני חבלה חיצוניים, בהכרה מלאה, GCS 15

צוואר: רגישות במישוש שרירים פארא ווירטבראליים, ללא הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס בכפות ידיים שמורים

גב: רגישות במישוש שרירים פארא ווירטבראליים בע"ש מותני, ללא הגבלה בתנועות. תחושה וכוח גס בכפות רגליים שמורים

גפיים עליונות: ללא הגבלה בתנועות, בדיקה נוירוסקולרית תקינה

כתף ימין - רגישות דיפוזית קלה, ללא הגבלה בתנועות, ללא גרעון נוירו וסקולרי.

ברך ימין - רגישות קלה דיפוזית בקדמת הברך, ללא נפיחות או תפליט, ישור אקטיבי מלא, הגבלה קלה בכיפוף בשל כאבים, בדיקה נוירו וסקולרית תקינה, הליכה אנטלגית אך עם דריכה מלאה

ציולמים: ללא ממצא חבלתי, עקמת ידועה מגיל 14 שנה עם סיבוב חוליות.

ללא עדות לבעיה אורטופדית חריפה

משוחררת עם ההמלצות:

משככי כאבים לפי הצורך

טיפול פיזיותראפי בקופ"ח.

מנוחה בבית

המשך מעקב רופא מטפל בקופ"ח

חופש מחלה 5 ימים

במידה ותחול החמרה במצב יש לפנות לבדיקה רפואית

 מסנף לבית הספר לרפואה ע"ש רוח צנור רפפורט הטכניון חיפה Affiliated to the Rappaport Faculty of Medicine Technion-Haifa	מרשם 	מחלקה: חדר מיון מנהל: ד"ר מידן רועי טלפון: 09-8604630 פקס: 09-8609200 ד"א: rmeidan@laniado.org.il
--	--	---

פרטים אישיים

שם משפחה: קבלה	שם פרטי: מורן	מין: נקבה	שם האב:
תעודת זהות: 1-204597454	ת' לידה: 14/06/1993	גיל: 30.0	טלפון: 053-3329649
כתובת: מוהליבר 32 נתניה	גורם מממן:		

משך	תדירות	מינון	מתן	שם תרופה
7 יום	3 / Daily	1 Tab	PO	roket plus

תאריך: 23.05.2023 שם רופא: ד"ר ליברזון רומן מ.ר. 37218

חתימה:



תאריך: 30/05/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן	מס זהות:	00204597454	גיל:	29.11	מין:	נ
ת.לידה:	14/06/1993	ישוב:	נתניה	רחוב:	מוהליבר			
מס בית:	32	טלפון:	53- 3329649	טלפון נוסף:	53- 3329649			

מספר הפניה ישירה: 32014124336

גורם שולח



2014

מספר הפניה



032014124336

תז נבדק



0204597454

רשיון רופא



120589

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.

שירות שנבחר

שירות רפואי
10301030

תיאור רפואי

72010 צילום עמוד שדרה לסקוליוזיס (עקמת) לכל אורכו

קוד שירות קוד משה"ב
78167

המטופל מתלונן על

בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים, כנהגת, מנגנון קדמי,
עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
כעת פנתה עקב המךש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון
בבדיקתה
מצב כללי יציב
צוואר וגב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר
NV

הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלילי
גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות הופמן שלילי דוצ
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות

הליכה תקינה

רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית

משוחרר עם ההמלצות:

משככי כאב ונוגדי דלקת

פיזיותרפיה לגב

מעקב אורטופד

מנוחה מעוסמ בגב

צילום עמוד שדרה

אבחנה משוערת

קוד איפיון

L02

E813

9223

בעיות פעילות

מ.גילוי

01/04/2013

06/12/2022

אבחנה

איפיון

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

ROAD ACCIDENT

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

SCOLIOSIS

VITAMIN D DEFICIENCY

תאריך: 30/05/2023

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		קבלה מורן		מס זהות: 00204597454		גיל: 29.11		מין: נ	
תגלידה: 14/06/1993		ישוב: נתניה		רחוב: מוהליבר		טלפון מספר: 53-3329649		מס בית: 32		טלפון מספר: 53-3329649	

תאריך תאונה: 23/05/2023

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/05/2023	עד יום 08/06/2023	(בכלל)	סה"כ 17 ימים
30/05/2023	30/05/2023		

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

מוחמד מנסור

חותמת המרפאה



חתימה וחותמת הרפא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



נמסר ע"י
המטופל

תגובה

אינו ידוע

רגישות ל

תולדות עבר

בעיה

איפיון

מ.גילוי

מ.סיום

Normal color Doppler fetal echocardiogram

09/03/2020

24/12/2021

12/12/2022 מתאריך CREATININE: 0.58

120589

ד"ר נור אדין כבהה

חתימה וחזותמת 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

פרטים כלליים

גיל המטופל: 29.11
תאריך ביקור: 30/05/2023
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים במגרת עבודתה, כנהגת, מנגנון
קדמי,
עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
כעת פנתה עקב המרש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון
בבדיקתה
מצב כללי יציב
צוואר וגב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלישי
גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה בתנועות הופמן
שלישי דוצ
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה בתנועות
הליכה תקינה
רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית
משוחרר עם ההמלצות:
משככי כאב ונוגדי דלקת
פיזיותרפיה לגב
מעקב אורטופד
מנוחה מעוסמ בגב
צילום עמוד שדרה



ממצאים ותוכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
E813		ROAD ACCIDENT
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

קוד	סטטוס	הפניה	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
		הפניה לדימות	78167-צילום עמוד שדרה לסקו	H3	הודפס
P	מ	ק	נ	ת	רופה
PD	1	N	יחידה	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG	

סיכום

מבנה סיכומי ייעץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיכום חשיבות
נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	סוג סיכום	סטטוס	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרכז לרפואה יועצת נתניה	תאריך עדכון: 30/05/2023
קוד מרפאה: 2014	רופא מעדכן: ד"ר נור א דין כבהה
קוד מחוז: 12	מס רשיון: 120589

לשימוש פנימי

058/01/058/01/05

גבירה

תאור סיבת סטטוס הצמדה: מטופל כבר

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור
מסר



בס"ד

סניף מור ביח לניאדו

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

טלפון: 09 - 8340341

תאריך הדפסה: 15/06/2023

כ"ו סיון, תשפ"ג

תוצאות בדיקת C.T

שם נבדק/ת : קבלה מורן ת.ז.: 204597454 גיל: 30 מין: נ
כתובת : נתניה, מוהליבר 0032 טלפון: 053 - 3329649 053 - 3329649
תאריך בדיקה: 13/06/2023 גורם מפנה: השרון-שומרון רופא מפנה/מטפל: ד"ר כבהה
שם מדפיסה: לע נור א דין

לכבוד

הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה גבי ומותני:

הבדיקה בוצעה לצורך בירור כאבים. מצב לאחר חבלה.

קיפוזיס גבי ולורדוזיס מותני שמורים.

קיימת סטייה סקוילוטית בצורת S.

גופי החוליות שומרים על גובהם עם שינויים ניווניים קלים.

ללא עדות לשברים וללא סימני פריקה.

ללא עדות לבלט או בקע דיסק בקטע גבי.

בגובה L3-L4 בלט דיסק קל עם לחץ על השק התקאלי, ללא היצרות של פורמינות ורטברליות דו צדדי.

בגובה L4-L5 בלט דיסק קל עם לחץ על השק התקאלי, בחלקו מסויד, ללא היצרות מהותית של פורמינות

ורטברליות שני הצדדים.

בגובה L5-S1 ספונדילוליוזיס דו צדדי עם ליסטוזיס קדמי דרגה קלה מלווה בבלט דיסק אחורי עם לחץ על השק

התקאלי נושק את שורש העצב משמאל, היצרות של פורמינות ורטברליות דו צדדי, קשה יותר משמאל.

הדגמה שמורה של אלמנטים אחוריים כולל מפרקים פצטלים, פרט לשינויים ניווניים קלים בקטע לומברי

תחתון.

הדגמה שמורה של מפרקים סקרו-איליאקליים דו צדדי.

ממצא לוואי: בסריקה חלקית של שדות ריאות שינויים פיברוטיים קלים בפסגות משני הצדדים, ללא ממצא

פוקלי חשוד.

הערכה מוגבלת של איברים תוך בטניים אשר נסרקו חלקית עקב פרוטוקול לא מכוון. עד כמה

שניתן לראות ללא ממצא פתולוגי גס.

**לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.**

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2



מספר רשיון 136705
טלפון 09-8603800
פקס 09-8343195
מחוז שו"ש

שם הרופא מוחמד מנסור
תחום רפואת משפחה
כתובת בארי 42, נתניה
מרפאה בארי - נתניה

תאריך: 30/05/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן	מס זהות:	00204597454	גיל:	29.11	מין:	נ
תלדה:	14/06/1993	ישוב:	נתניה	רחוב:	מוהליבר	טלפון נוסף:	53-3329649	
מס בית:	32	טלפון:	53-3329649					

מספר הפניה ישירה: 35142027687

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5142

035142027687

0204597454

136705



לכבוד: א.א.ג.

טנטום חדש לאחר ת.ד לפני 5 ימים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70022	L9254	בדיקה רפואית - א.א.ג.	70022

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות טנטום באוזן ימין מזה שבוע ימים ללא ירדה בשמיעה

סימנים חיוניים: גובה 160 20/11/2017 משקל 66 21/06/2020 bmi 26.95

לחץ דם 106 / 63 21/06/2020

דופק 108 09/03/2020

12/12/2022 מתאריך 124.52 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
3883		TINNITUS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2013		SCOLIOSIS
06/12/2022		VITAMIN D DEFICIENCY

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
24/12/2021	09/03/2020		Normal color Doppler fetal echocardiogram

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע		המטופל

תרופות קבועות

כמות	א. הגשה	פעמים	ב...	תרופות
1	טבליות	1	ביום	YAZ PLUS TAB 28 CF 1
1	יחידות	1	ביום	VITAMIN D3 D.H CHEW.GUM 1000IU 1000IU 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

30/05/2023

21 - רפס ע"י מוחמד מנסור

00204597454

קבלה מורן

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	מיליליטר	1	SPATONE APPLE IRON LIQ 28X25ML
ביום	1	שקית אבקה	1	IRON COMFORT (ALTM.) STICK PWD

מורה לך על חזות דעתך והמלצתך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחזותמת הרופא
מוחמד מנסור	136705	

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 בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 06/08/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן
ת.לידה:	14/06/1993
מס בית:	32
מס זהות:	00204597454
רחוב:	מוהליבר
טלפון נוסף:	53 - 3329649
שוב:	נתניה
טלפון:	53 - 3329649
גיל:	30.01 מין: נ

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 30/07/2023 עד תאריך: 04/08/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 6

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

136705

מוחמד מנסור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 31/08/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן
ת.לידה:	14/06/1993
מס בית:	32
מס זהות:	00204597454
רחוב:	מוהליבר
טלפון נוסף:	53 - 3329649
שוב:	נתניה
טלפון:	53 - 3329649
גיל:	30.02
מין:	נ

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 30/08/2023 עד תאריך: 31/08/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 2

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

136705

מוחמד מנסור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 22/08/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן
ת.לידה:	14/06/1993
מס בית:	32
מס זהות:	00204597454
רחוב:	מוהליבר
טלפון נוסף:	53 - 3329649
שוב:	נתניה
טלפון:	53 - 3329649
גיל:	30.02
מין:	נ

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/08/2023 עד תאריך: 21/08/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 1

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

136705

מוחמד מנסור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

22/08/2023

הודפס ע"י מוחמד מנסור

00204597454

קבלה מורן

תאריך: 15/10/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		קבלה מורן		מס זהות: 00204597454		גיל: 30.04		מין: נ	
ת.לידה: 14/06/1993		ישוב: נתניה		רחוב: מוהליבר		טלפון נוסף: 53 - 3329649		מס בית: 32		טלפון: 53 - 3329649	

23/05/2023

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

סוג תאונה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 15/10/2023 עד תאריך: 25/10/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

120589

ד"ר נור א דין כבהה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

15/10/2023

הודפס ע"י ד"ר נור א דין כבהה

00204597454

קבלה מורן

תאריך: 24/10/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		קבלה מורן		מס זהות: 00204597454		גיל: 30.04		מין: נ	
ת.לידה: 14/06/1993		ישוב: נתניה		רחוב: מוהליבר		טלפון נוסף: 53 - 3329649		מס בית: 32		טלפון: 53 - 3329649	

23/05/2023

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

סוג תאונה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

6

סה"כ ימי מחלה:

ועד בכלל

31/10/2023

עד תאריך:

26/10/2023

מומלץ על מנוחה מתאריך:

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

120589

ד"ר נור א דין כבהה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

24/10/2023

הודפס ע"י ד"ר נור א דין כבהה

00204597454

קבלה מורן

תאריך: 25/10/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		קבלה מורן		מס זהות: 00204597454		גיל: 30.04		מין: נ	
ת.לידה: 14/06/1993		ישוב: נתניה		רחוב: מוהליבר		טלפון נוסף: 53 - 3329649		מס בית: 32		טלפון: 53 - 3329649	

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 25/10/2023 עד תאריך: 03/11/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 10

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

146492

ד"ר איית אבו עלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תאריך: 24/10/2023

סיכום טיפול

פרטי המטופל					קבלה מורן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ג	14/06/1993	שם האב	שם האב
נתניה	00-20459745-4	32 /	מין	53	3329649	53 - 3329649
ישוב	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230552729 מספר זיהוי הפניה: 35142027315

תאריך הפניה: 24/05/2023

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: סמירה מנצור

רשיון רופא: 173255

מרפאה: מרפאת בארי

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

אבחנה	איפיון	קוד	צד
ACCIDENT/INJURY; NOS			מרכז
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02	מרכז
CERCICAL USHOULDER			מרכז

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
WHIPLASH INJURY	8470	מרכז

תאריך תחילת טיפול: 30/05/2023 תאריך סיום טיפול: 24/10/2023

מס' ביקורים בפועל: 6 פרטני: 6

מס' אי הופעות לטיפול: 4

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
4	טיפול ב-Hot Pack
7	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
6	הדרכה לתרגול בבית
3	תרגול כללי
2	טיפול בגלים קצרים
1	הערכה מחדש - בדיקה

כללית מחוז שו"ש
מכון פיזיותרפיה
המרכז לרפואה יעצות נתניה
רח' רח' אל 8
טל': 09-8603565 שלוחה 6
פקס: 09-8603539

דף 1 מ 2

24/10/2023

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י מאג'ד סייף 00-20459745-4

סיכום טיפול

קבלה מורן

כאבים:

אבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	דו צדדי	7	8

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות להערכת המטפל: 8

הערות: קבלה סידרת טיפולים לע"ש צוארי ומתיחות ובנוסף לע"ש מותני תירוגל וישיבה נכונה
לציין בהריון חוזרת לרופא אוטופיד בגלל הכאב,
מתקשה בתנועות ובביצוע תירוגל,
VAS8/101

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

21/09/2023
30/07/2023
30/07/2023
06/07/2023
06/06/2023
30/05/2023
24/10/2023

כללית מחוז שרון-מרכז
מסל פיזיותרפיה
המרכז לרפואה יעצת נתינה
רח' רמאל 8
טל': 09-8803555 שלוחה 6
פקס: 09-8803535

מאג'ד סייף

שם מטפל

92235

מספר רשיון

חתימה וחזותמת

סיכום טיפול

קבלה מוח

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

DR.HAGLA ORABI
ORTHOPEDIC SURGEON

ד"ר חיגלה עוראבי
אורתופד מנתח

מרפאה רח' בן גוריון 24
קומה 6
ר"ג

TEL. FAX. 03-9047701

27/11/2023

הנדון : קבלה מורן ת"ז 204597454
החולה הייתה מעורבת בתאונת דרכים בזמן עבודה . פונתה באמבולנס לבית חולים לניאדו עברה צילומים ושחררה לביתה עקב כאבים הייתה במעקב בקופת חולים כללית עברה בירור שכלל CT ע"ש מותני והייתה בטיפולים בפיזיותרפיה וטיפול תרופתי .
CT ע"ש מותני בלטי דיסק L3-4 עם לחץ על השק התקאלי וגם ב-L4-5 בלט דיסק עם לחץ על השק ב-L5-S1 ספונדילוליזיס דו צדדי עם לסטזיס דרגה קלה ובלט דיסק החולה בהריון שבוע 23
החולה מתקשה בעמידה וגם בישיבה .
בבדיקה כאב בגב תחתון לסג חיובי דו צדדי תחושה שמורה החזרים הופקו כוח שמור החולה נבדקה בבית חולים לניאדו עקב כאבי בטן נמצא סימפזיוליזיס.
המלצה שמירת הריון לאחר החמרה במצבה עקב הסימפזיוליזיס ובלטי דיסק בגב לא יכולה לשאר בישיבה לזמן ממושך וגם בעמידה . לכן המלצה לשמירת ההריון עד הלידה לאחר ובהתקדמות ההריון מצבה יחמיר יותר .
המלצה טיפול בהידרותרפיה



בכבוד רב

ד"ר חיגלה עוראבי
מ.ר. 28197
מומחה בכירורגיה אורתופדית

ד"ר חיגלה
מומחה אורתופדיה כירורגית
מ.ר. 1857

תאריך חשבונית: 18/01/24
 תאריך ההחזרה: 18/01/24
 תאריך הקבלה: 18/01/24
 תאריך הדפסה: 08/02/24
 שעת הדפסה: 09:31
 מספר תעודה: 44617000933

לכבוד:
 קבלה מורן
 מוהליבר 32
 נתניה 4224125
 טלפון: 053-3329649
 ממסחן: 7617, נתניה רמד - משלימה

דרישת תשלום IN244617000933 - העתק

הזמנה	מק"ט	ברקוד	תאריך מוצר	קבוצה לוגית	כמות	יתרה לאספקה	מחיר ליחידה	מחיר לית' כולל מע"מ	סה"כ מחיר
SO24617000082	76147	*76147*	שיאצו	40	1.00 יח	0.00 יח	139.0000 ש"ח	139.0000 ש"ח	139.00
								מחיר כולל	139.00
								מע"מ	0.00
								סה"כ מחיר	139.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *IN244617000933*
 לתשלום עד: 18/01/24
 מ.ס. לקוח: 204597454
 OGM: +++010/1439/82235+++
 סניף: משלימה נתניה

חשבונית עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבטחי פלטינום יעלה ל-34 ש"ח

dip, y=0,30,30
 דליה טייב

כללית רפואה משלימה

ש.ל.ה. - שירותי רפואה
 מקבוצת כללית

הדפסת חשבונית מס - משלימה

הדרך לרפואה שלמה

כללית
רפואה משלימה

כללית רפואה משלימה
ירמיהו 11, תל אביב
עוסק מורשה: 589906114
מספר תיק במע"מ: 589906114
מס. תיק ניכויים: 924345507

תאריך חשבונית: 08/02/24
תאריך החזרה: 08/02/24
תאריך הקבלה: 08/02/24
תאריך הדפסה: 08/02/24
שעת הדפסה: 09:30
מספר העודה: IN244617001884

לכבוד:
קבלה מורן
32 מוהליבר
4224125 נתניה
טלפון: 053-3329649
מחוסן: 7617, נתניה רמז - משלימה

דרישת תשלום IN244617001884 - מקור

הזמנה	מק"ט	ברקוד	תאריך	קבוצה	לוגית	כמות	יחידה	לאספקה	מחיר ליחידה	מחיר ליח"כ	סה"כ מחיר
SO24617001275	76147	*76147*	שיאצו	40	1.00	יח	0.00	יח	140.0000	ש"ח 140.0000	ש"ח 140.00

מחיר כולל	140.00
מע"מ	0.00
סה"כ מחיר	ש"ח 140.00

ברקוד מספר חשבונית: *IN244617001884
לתשלום עד: 08/02/24
מס. לקוח: 204597454
OGM: +++010/2222/53959+++

סניף: משלימה נתניה

חסרי עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבוטחי פליטנום יעלה ל-34 ש"ח

דליה חייר
dip.N=0.30.30

תאריך חשבונית: 02/01/24
תאריך ההחזרה: 02/01/24
תאריך הקבלה: 02/01/24
תאריך הדפסה: 02/01/24
שעת הדפסה: 09:40
מספר תעודה: IN244617000081

לכבוד:
קבלה מורן
מוהליבר 32
נתניה 4224125
טלפון: 053-3329649
ממחסן: 7617, נתניה רמז - משלימה

דרישת תשלום IN244617000081 - מקור

הזמנה	מק"ט	ברקוד	תאריך מוצר	קבוצה לוגית	כמות	יתרה לאספקה	מחיר ליחידה	מחיר ליח' כולל מע"מ	סה"כ מחיר
SO24617000075	76138	*76138*	רפואה סינית- דיקור	28	1.00 יח	0.00 יח	111.0000 ש"ח	111.0000 ש"ח	111.00

מחיר כולל	111.00
מע"מ	0.00
סה"כ מחיר	111.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *IN244617000081*
לתשלום עד: 02/01/24
מס. לקוח: 204597454
OGM: +++010/0808/46450+++
סניף: משלימה נתניה

חשוי עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבוטחי פלטינום יעלה ל-34 ש"ח

dip,ty=0,30,30

דליה טייב
כללית רפואה משלימה

ש.ל.ה - שירותי רפואה
מקבוצת כללית

תאריך חשבונית: 02/01/24
 תאריך ההחזרה: 02/01/24
 תאריך הקבלה: 02/01/24
 תאריך הדפסה: 02/01/24
 שעת הדפסה: 09:40
 מספר תעודה:
 RC249617000065

לכבוד:
 קבלה מורן
 מוהליבר 32
 נתניה 4224125
 טלפון: 053-3329649
 dip,mt=RC249617000065_204597454_t_

קבלה/חשבונית עסקה RC249617000065 - מקור

כרטיסי אשראי

שורה	שם כרטיס אשראי	תשלום ראשון	סך כל התשלומים
1	הוראת קבע לכללית- מש	111.00	111.00 ש"ח
מס. לקוח: 204597454		שולם במזומן תקבולים אחרים סה"כ תקבולים	0.00 111.00 111.00 ש"ח

פירוט חשבוניות ששולמו

חשבונית	מתאריך	כרטיס	מס. לקוח	שם לקוח	סכום
IN244617000081	02/01/24	חשבונית מס - רפורמה	204597454	קבלה מורן	111.00 ש"ח

חסוי עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבוטחי פלטינום יעלה ל-34 ₪



חתימת לקוח

חתימת לקוח/אפוסטרופוס: dip,ty=h,50,20

ש.ל.ה. - שירותי רפואה
 מקבוצת כללית

תאריך: 30/04/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן	מס זהות:	00204597454	גיל:	30.10	מין:	נ	
ת.לידה:	14/06/1993	ישו:	נתניה	רחוב:	מוהליבר	טלפון נוסף:	53-3329649	מס בית:	32
טלפון:	53-3329649	סוג תאונה:	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה:	23/05/2023	מספר הפניה:	32014236474	רשיון רופא:	120589



שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/01/2024
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/12/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/11/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/10/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/10/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/08/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/06/2023
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/05/2023
 בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
 לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים במגרת עבודתה, כנהגת, מנגנון קדמי,
 עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
 כעת פנתה עקב המרש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון
 בבדיקה
 מצב כללי יציב
 צוואר וגב תחתון רגישות פאראברטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
 הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלילי
 גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
 בתנועות הופמן שלילי דוצ
 גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
 בתנועות
 הליכה תקינה
 רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית
 משוחרר עם ההמלצות:
 משככי כאב ונוגדי דלקת
 פיזיותרפיה לגב
 מעקב אורטופד
 מנוחה מעוסמ בגב
 צילום עמוד שדרה
 06/06/2023
 צילום עמוד שדרה עדות לעקמת טוראלית ולומברית כ 30 מעלות
 עדיין סובלת מכאב בגב
 מופנה לבדיקת CT עמוד שדרה גבי מותני
 15/08/2023
 לאחר בדיקת CT עמוד שדרה מותני עדות לבליט דיסק בגובה L3-L4/L4-L5-S1
 ספונדיליזטוזיס קלה

6.ה.ר.0

הפניה לפיזיותרפיה
 קבלה מורן
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 30/04/2024
 הודפס ע"י ד"ר נורא דין כבהה
 00204597454
 הודפס מאתר כללית ב-24.05.2024 בשעה 11:17 בעבור מורן קבלה. תעודת זהות: 204597454.

עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל ימין
בבדיקתה
גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
הגבלה בתנועות
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות
הליכה תקינה
משוחררת עם ההמלצות
משככי כאב
חיזוק שרירי גב
מעקב אורטופד
מנוחה מעומס בעבודה
15/10/2023
בת 30 שנים וחצי בהריון שבוע 17
עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לשתי רגליים
בבדיקתה
מצב כללי יציב
גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
הגבלה בתנועות
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות
הליכה תקינה
משוחררת עם ההמלצות
משככי כאב
חיזוק שרירי גב
מעקב אורטופד
מנוחה מעומס בעבודה , פחות ישיבה ממושכת
מומלץ פחות הרמת משקל
24/10/2023
עדיין סובלת מכאב בגב
מעקב אורטופד
02/11/2023
עדיין סובלת מכאב בגב
ללא שיפור תחת משככי כאב
מומלץ מנוחה מעומס בגב ועבודה פיזית על הלידה
17/12/2023
21/01/2024
בשיחה טלפונית ללא מענה מספר פעמים
לעשות תור מחדש
30/04/2024
ביקורת עדיין סובלת מכאב בגב תחתון שוללת מכה או חבלה
ידועה על דסקופטיה מותני, ספונדיליזטסיס קלה
עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל ימין
בבדיקתה
גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
הגבלה בתנועות
גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
בתנועות
הליכה תקינה
משוחררת עם ההמלצות
משככי כאב
מופנה להערכה של מרפאת עמוד שדרה
מופנה לטיפול הידרותראפיה לגב עקב אי שיפור בפיזיותרפיה



בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/04/2013		SCOLIOSIS
06/12/2022		VITAMIN D DEFICIENCY
20/06/2023		KYPHOSIS
20/06/2023		DISC LESIONS
02/02/2024		HEMANGIOMA OF LIVER

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
24/12/2021	09/03/2020		Normal color Doppler fetal echocardiogram

ס.ה.ר 6

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

30/04/2024

הודפס ע"י ד"ר אור אדין כבהה

00204597454

קבלה מורן

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע	המטופל	

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG 1	1	כמוסות	1	ביום
PRENATAL FEMINA 9MONTH(ALT)30 CF		קפליות	0	ביום
PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB		טבליות	0	ביום
FOLIC ACID TAB 5MG 5MG		טבליות	0	ביום
YAZ PLUS TAB 28 CF 0		טבליות	0	ביום
VITAMIN D3 D.H CHEW.GUM 1000IU 1000IU 1	1	יחידות	1	ביום
SPATONE APPLE IRON LIQ 28X25ML 1	1	מיליטר	1	ביום
IRON COMFORT (ALTM.) STICK PWD 1	1	שקית אבקה	1	ביום

נחתם דיגיטלית

120589

ד"ר נור א דין כבהה

חתימה וחומתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



תאריך: 30/04/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00204597454	קבלה מורן:	
גיל:	30.10	ת.לידה:	14/06/1993
מס בית:	32	מספר רשיון:	120589
רחוב:	מוהליבר	טלפון:	53-3329649
טלפון נוסף:	53-3329649	תאריך תאונה:	23/05/2023

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 32014236475

גורם שולח



2014

מספר הפניה



032014236475

תז נבדק



0204597454

מספר רשיון



120589

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה אורתופד עמוד שדרה	6010172

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/01/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/12/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/11/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/10/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/10/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/08/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/06/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/05/2023

בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב
לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים במגרת עבודתה, כנהגת, מנגנון קדמי,

עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג
כעת פנתה עקב המרש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון

בבדיקתה

מצב כללי יציב

צוואר וגב תחתון רגישות פאראביטיראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר

NV

הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלילי

גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה

בתנועות הופמן שלילי דוצ

גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה

בתנועות

הליכה תקינה

רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית

משוחרר עם ההמלצות:

משככי כאב ונוגדי דלקת

פיזיותרפיה לגב

מעקב אורטופד

מנוחה מעוסמ בגב

צילום עמוד שדרה

06/06/2023

צילום עמוד שדרה עדות לעקמת טוראלית ולומברית כ 30 מעלות

עדיין סובלת מכאב בגב

מופנה לבדיקת CT עמוד שדרה גבי מותני

15/08/2023

לאחר בדיקת CT עמוד שדרה מותני עדות לבלט דיסק בגובה L3-L4/L4-L5-S1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

30/04/2024

הודפס ע"י ד"ר נור א דין כבהה

00204597454

קבלה מורן

ספונדיליזטסיס קלה
 עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל ימין
 בבדיקה
 גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
 הגבלה בתנועות
 גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
 בתנועות
 הליכה תקינה
 משוחררת עם ההמלצות
 משככי כאב
 חיזוק שרירי גב
 מעקב אורטופד
 מנוחה מעומס בעבודה
 15/10/2023
 בת 30 שנים וחצי בהריון שבוע 17
 עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לשתי רגליים
 בבדיקה
 מצב כללי יציב
 גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
 הגבלה בתנועות
 גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
 בתנועות
 הליכה תקינה
 משוחררת עם ההמלצות
 משככי כאב
 חיזוק שרירי גב
 מעקב אורטופד
 מנוחה מעומס בעבודה, פחות ישיבה ממושכת
 מומלץ פחות הרמת משקל
 24/10/2023
 עדיין סובלת מכאב בגב
 מעקב אורטופד
 02/11/2023
 עדיין סובלת מכאב בגב
 ללא שיפור תחת משככי כאב
 מומלץ מנוחה מעומס בגב ועבודה פיזית על הלילה
 17/12/2023
 21/01/2024
 בשיחה טלפונית ללא מענה מספר פעמים
 לעשות תור מחדש
 30/04/2024
 ביקורת עדיין סובלת מכאב בגב תחתון שוללת מכה או חבלה
 ידועה על דסקופטיה מותני, ספונדיליזטסיס קלה
 עדיין סובלת מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל ימין
 בבדיקה
 גב תחתון רגישות פאראבירטיבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר NV
 הגבלה בתנועות
 גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה
 בתנועות
 הליכה תקינה
 משוחררת עם ההמלצות
 משככי כאב
 מופנה להערכה של מרפאת עמוד שדרה
 מופנה לטיפול הידרותראפיה לגב עקב אי שיפור בפיזיותרפיה



אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS
E813		ROAD ACCIDENT
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

דיון/תוכנית טיפולית: 21/01/2024 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 17/12/2023 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 02/11/2023 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 24/10/2023 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 15/10/2023 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך

הפניה לרפואה יועצת ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** דף 2

קבלה מורן 00204597454 הודפס ע"י ד"ר נורא דין כבהה 30/04/2024
 204597454 תאריך הדפסה: 05.04.2024 שעות: 11:18 בעמוד: 1/1

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/08/2023
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/06/2023
ההפניות שהופקו ב 30/05/2023
הפניה לדימות - 78167-צילום עמוד שדרה לסקו
06/06/2023

ההפניות שהופקו ב 06/06/2023
הפניה לדימות - 78073-CT עמוד שדרה מו
15/08/2023
ההפניות שהופקו ב 15/08/2023
טופס הפניה כללי - 81011-התאמה והתקנת מכשיר
15/10/2023
ההפניות שהופקו ב 15/10/2023
הפניה לפיזיותרפיה - 87001-בדיקת רופא - רפואה מ
24/10/2023
02/11/2023
17/12/2023
21/01/2024
30/04/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/04/2013		SCOLIOSIS
06/12/2022		VITAMIN D DEFICIENCY
20/06/2023		KYPHOSIS
20/06/2023		DISC LESIONS
02/02/2024		HEMANGIOMA OF LIVER

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
24/12/2021	09/03/2020		Normal color Doppler fetal echocardiogram

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אימ ידוע		המטופל

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG
ביום	0	קפליות	30	CF PRENATAL FEMINA 9MONTH(ALT)
ביום	0	טבליות	30	TAB PRENATAL PLUS BOX OF
ביום	0	טבליות	5MG	5MG FOLIC ACID TAB
ביום	0	טבליות	0	CF 0 YAZ PLUS TAB 28
ביום	1	יחידות	1	1000IU VITAMIN D3 D.H CHEW.GUM
ביום	1	מיליטר	1	28X25ML SPATONE APPLE IRON LIQ
ביום	1	שקית אבקה	1	PWD 1 IRON COMFORT (ALTM.) STICK

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר נור א דין כבהה	120589	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת 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

הפניה לרפואה יועצת ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***
דף 3
קבלה מורן 00204597454 הודפס ע"י ד"ר נור א דין כבהה 30/04/2024
נודעת ממסר בלילה 24.05.2024 בשעה 11:18 בעמוד מורן בבלה. מסמך נכנס: 204597454

תאריך: 30/04/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן
מס זהות:	00204597454
גיל:	30.10
מין:	נ
ת.לידה:	14/06/1993
ישוב:	נתניה
טלפון:	53-3329649
מס בית:	32
רחוב:	מוהליבר
טלפון נוסף:	53-3329649

23/05/2023

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

סוג תאונה

32014236474

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2014



032014236474



0204597454



120589

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/01/2024
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/12/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/11/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/10/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/10/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/08/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/06/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/05/2023

בת 30 שנים ידוע על עקמת בגב

לדבריה לפני 7 ימים היתה מעורבת בתאונת דרכים במגרת עבודתה, כנהגת,

מנגנון קדמי,

עברה טיפול ראשוני במיון כולל צילומים ללא ממצא חריג

כעת פנתה עקב המךש כאב בכתפיים, צוואר וגב תחתון

בבדיקתה

מצב כללי יציב

צוואר וגב תחתון רגישות פאראביסבראלית ללא רגישות מעל חוליות ללא חסר

NV

הגבלה בתנועות ספירלינג חיובי לירמיט שלילי

גפיים עליונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה

בתנועות הופמן שלילי דוצ

גפיים תחתונות כוח גס שמור בכל התחנות 5/5 תחושה שמורה ללא הגבלה

בתנועות

הליכה תקינה

רושם לכאב על רקע מתיחה שרירית

משוחרר עם ההמלצות:

משככי כאב ונוגדי דלקת

פיזיותרפיה לגב

מעקב אורטופד

מנוחה מעוסמ בגב

צילום עמוד שדרה

06/06/2023

צילום עמוד שדרה עדות לעקמת טוראלית ולומברית כ 30 מעלות

עדיין סובלת מכאב בגב

מופנה לבדיקת CT עמוד שדרה גבי מותני

15/08/2023

לאחר בדיקת CT עמוד שדרה מותני עדות לבליט דיסק בגובה L3-L4/L4-L5-S1

ספונדיליזטוזיס קלה

6.ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

30/04/2024

הודפס ע"י ד"ר נור א דין כבהה

00204597454

קבלה מורן

הודפס מאתר כללית ב-24.05.2024 בשעה 11:17 בעבור מורן קבלה. תעודת זהות: 204597454.

קבלה מורן, תז 204597454

בת 31, 14/6/1993, בריאה בד"כ

ת"ד, 23/5/23, רכב פגע ברכב בו נסעה חזיתית, נבדקה במיון לניאדו, כאבי גב נמשכו לאחר התאונה, טופלה בפיזיותרפיה, מטופלת במשככי כאב. ילדה לפני 3 חודשים, היתה מוגבלת בטיפול. עדיין כאבי גב תחתון, מוגבלת בעמידה ממושכת, הקרנה לרגל ימין.

בבדיקה

תבנית הליכה תקינה, ללא צליעה

רגישות והגבלה בתנועות עמ"ש מותני, כח גס שמור

ימין - IP 5/5 Q 5/5 H 5/5 TA 5/5 EHL 5/5 GS 5/5

שמאל - IP 5/5 Q 5/5 H 5/5 TA 5/5 EHL 5/5 GS 5/5

לאסג שלילי דו"צ, Femoral starch שלילי, ללא הגבלה בתנועות פרקי ירכיים, FABER חיובי דו"צ

פענוח CT עמ"ש מותני - 6/23 - בלטי דיסק L45, L34, ליזיס איסטמי L5, ליסתזיס קל L5S1

MVA – contusion Back

ממליץ להשלים:

צ.עמ"ש מותני בעמידה! Flexion Extension

MRI עמ"ש מותני,

בירור וייעוץ ריאומטולוג בשאלה של ספונדילוארתרופטי

ביקורת לאחר מיכן

בברכה,

ד"ר יצחק אנגל
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 30382, מ.ר.מ. 25443



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 45 עד 45)



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

מורן קבלה - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

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

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים לניאדו, בנתניה, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 4 :

יפוי כח ווסר ותצהיר תאונות

(עמודים 47 עד 50)



טופס בקשת מיזע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	קבלני	שם פרטי	204599454	שם האב
רחוב	מגליר	מס'	32	טלפון
		עיר	תל אביב	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות 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, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בואת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 7/7/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
מס' רשמי: 62254

יפוי כח

אני הח"מ, מרן קינן, מס' 204507054, מרחוב רובלין 32 ת"י,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום במשפט של
נגד 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, 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 _____ לחדש _____ שנה _____ 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

נימית אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254
עו"ד-דני



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אירן קלר בעל ת.ז. 0204597454 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה 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: _____

X _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן סיני מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 7/7/24
הופיע/ה בפני אירן קלר (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 0204597454
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/יה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין