



**Freiberg Raskin**  
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**פרייברג רסקין**  
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



מ.ל.ב.

28.7.24

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
מחלקת נפגעי עבודה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

הנדון: ענת מילרד ברסלב, ת"ז 200372738  
תאונה מיום 28.11.23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה.
2. מצ"ב תעודות רפואיות ואישור משטרה.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

  
אריאל פרייברג, עו"ד

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 200342738

עמוד 1 מתוך 8

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון 200342738

סוג המסמך 01

דפים

המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ שכיב ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ הכשרה מקצועית

1 פרטי התובע שם משפחה שם פרטי

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

טלפון קווי 0529 449910 טלפון נייד 0529 449910 דואר אלקטרוני avot.wilrad@gmail.com

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר 2608 שם פרטי איש קשר 54 מס' זהות איש קשר 0327 25459

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר הרצליה 3 מס' בית 3 כניסה 3 דירה 3 יישוב 4520500 מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף א' שכיב/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל חברת היסאל תפקיד התובע במקום העבודה מנהל מחנה ק"ף

רחוב / תא דואר הרצליה מס' בית 3 כניסה 3 דירה 3 יישוב הרצליה מיקוד 4520500

טלפון קווי 026216519 טלפון נייד 026216519 מספר פקס 026216519

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע) שם העסק סוג העיסוק

רחוב / תא דואר \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ כניסה \_\_\_\_\_ דירה \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ טלפון פקס \_\_\_\_\_

## 'κ2

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס

☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר

אף ☐      כן ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ומדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

## 3

17:15 28/11/23 17:15 e.se

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

 תאונה בבנין

 תאונה בבנין

אדמ"ק : אדמ"ק

החלטת הוועדה להקמת מוזיאון לתולדות העיר תש"ח

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: 052-5111111

1000

[illegible]

שם ; כתובת ; מספר טלפון ; חבר לעבודה ; מנו

אתר

**מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה**

| תאריך מסירת ההודעה | שם מקבל ההודעה | תפקיד | טלפון |
|--------------------|----------------|-------|-------|
|--------------------|----------------|-------|-------|

052-6048444      15.05.2024      10.05.2024      17      19      240/2131

שנה חודש יום

כתובת היקרא -

**פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)**

4

|                                                    |                                       |                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/ישידות רפואי) | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | האיבר שנפגע                    |
| סיוע באמצעות ציוד                                  | כיצד נגרמה הפגיעה?                    | כיצד נגרמה הפגיעה?             |
| שם בית החולים / מחלקה                              | תקופת אשפוז                           | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה |
| סימני חתך / ציוד                                   | 2-6                                   | 17:31:41 2024 11 24            |
| רפ"ר - סדן איין אנונימי                            | שעה                                   | שנה חודש יום                   |

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

| שם הרופא      | תחום המומחיות | כתובת המרפאה              | טלפון המרפאה |
|---------------|---------------|---------------------------|--------------|
| ד"ר ברה מוחמד | אורתופדיה     | שכונת טופלתי או אפי מטופל | 09-7472326   |

**5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה**

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אליו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

|               |       |       |
|---------------|-------|-------|
| שם גורם מסייע | כתובת | טלפון |
|---------------|-------|-------|

**6 פרטים על תאונה**

סוג תאונה

☒ תאונת דרכים, יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת חיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובתו מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

**7 פירוט העיסוקים**

**לפני הפגיעה**

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* נא לצרף אישורים מתאימים.  
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:  
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת \* נא לצרף אישורים מתאימים.

**לאחר הפגיעה**

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

| עד תאריך |      |     | מתאריך |      |     |
|----------|------|-----|--------|------|-----|
| שנה      | חודש | יום | שנה    | חודש | יום |
| 2023     | 12   | 25  | 2023   | 11   | 29  |

עד שעה \_\_\_\_\_ משעה \_\_\_\_\_

עד שעה \_\_\_\_\_ משעה \_\_\_\_\_

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 25/12/2023 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: \_\_\_\_\_

משעה 8:00 עד שעה: 17:00 ☐

עבודה במשמרות ☐

**8**

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחות תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה \*

200342738

**9 פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטין רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק שם הסניף / כתובת מס' סניף מספר חשבון

בנק לאומי כנרת המזרחית 105337221 093

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☒ לחשבוני הפרטי

**10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה**

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

**11 הצהרת התובע/מגיש התביעה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לאו עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, גדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 28/7/24 חתימת התובע \*

**פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע**

שם פרטי שם משפחה מספר זהות ס"ב קרבה לתובע

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסורפסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרף לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.

## למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

## פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

1

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודהמקום הפגיעה: כביש 4שעת הפגיעה: 17:15קרית מוריה - רחל

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה:

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בוהאם נגזרו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן 1. שם ת.ז.2. שם ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל מטרת יציאתו מחוץ למפעל שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת תפקידו

שעת היציאה

שעת החזרה הצפויה

☐ תאונה בבניין: שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכתובת שבה היה אמור לעבוד?

☒ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 16:00 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא.הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתוקרית מוריהרחל 3

## פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

החוויה הישראלית

תאריך תחילת עבודה: 15/03/2022 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 9 4 1 6 2 1 9 6 3☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרותממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא                                                               | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח | טכום | לוח קופה | שם התשלום |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------|----------|-----------|
| חודש 08/2023                  | חודש מלא                   | <input checked="" type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חוזשי | 15,177.75                                |      |          |           |
| חודש 09/2023                  | חודש מלא                   | <input checked="" type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חוזשי | 13,938.54                                |      |          |           |
| חודש 10/2023                  | חודש מלא                   | <input checked="" type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חוזשי | 12,767.52                                |      |          |           |
| חודש 11/2023                  | חודש מלא                   | <input checked="" type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חוזשי | 12,767.52                                |      |          |           |

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 25/12/2023☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סבת הפסקת העבודהשם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר מל"ה שכרשוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לאשם איש קשר לביורור פרטי שכר מ"יחתימת המעסיק תאריך 22/7/24 שם ותפקיד החותם יפאמספר טלפון: 02-6202518 חתימה וחומת יפאהחוויה הישראלית  
אגף משאבי אנוש  
שירותי תיירות חינוכיות בע"ממל 211 (2022) החוויה הישראלית  
שירותי תיירות חינוכיות בע"מ  
אגף משאבי אנוש

### 3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 29.81

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר \_\_\_\_\_

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה \_\_\_\_\_ (שם הקרן)

### 4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.  
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן \_\_\_\_\_

תאריך 23/7/24 תפקיד החותם נאמן שם החותם יפא חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_

שרותי תביעות האכילת בע"ח  
אגף משפט  
החוקה הישראלית

### 5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

\* חתימת המעסיק וחתימת \_\_\_\_\_

(גדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

|          |                 |                                                                                                                                                                      |
|----------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| קוד גמלה | מספר זהות/דרכון | תאריך הפגיעה                                                                                                                                                         |
| 60       | 600374124       | 28/11/23<br>שנה חודש יום                                                                                                                                             |
| שם משפחה | שם פרטי         | חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |
| משה      | דניאל           | <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 28/11/24 חתימת המבטח \*



## מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

### פרטים כלליים

יחידה תחנת כפר סבא שרון  
כתובת דרך השרון 1  
טלפון 09-7473555  
פקס 09-7697870  
מספר תיק מלא 529673/2023  
סיווג תיק ת.ד., כללי  
מס' מסמך בתיק א  
תאריך 30/11/2023, י"ז כסלו תשפ"ד, 12:09

### לכל המעוניין

תאריך התאונה 28/11/2023 בשעה 17:30

### מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 4 ק"מ מס 131.6

### הערות מקום

### פרטי כלי הרכב והמעורבים

#### פרטי הרכב

|            |              |                |
|------------|--------------|----------------|
| מספר רכב   | סוג רכב      | תוצר רכב       |
| 9035485    | פרטי נוסעים  | סוזוקי הונגריה |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה  | סוג לוחית      |
| אי.די.אי   | 1673280700/2 | ישראלית        |

#### מעורבים ברכב

| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא          | שנת לידה   | כתובת   | קופ"ח / בית חולים  | חומרת הפגיעה |
|-------------|-----------|-----------------|------------|---------|--------------------|--------------|
| נהג         | 200372738 | מילרד ברסלב ענת | 17/12/1987 | תל יצחק | ב"ח מאיר - כפר סבא | קלה          |

### פרטי הולכי רגל

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

### כמות נפגעים

|             |          |            |
|-------------|----------|------------|
| כמות נפגעים | מצב התיק | מתאריך     |
| 1           | בחקירה   | 30/11/2023 |



### פרטי המטפל בתיק

| שם פרטי | שם משפחה | מ"א     |
|---------|----------|---------|
| אופיר   | בר       | 8869461 |

### פרטי השוטר המוסר

| מספר אישי | שם פרטי | שם משפחה | דרגה | תפקיד      |
|-----------|---------|----------|------|------------|
| 8869461   | אופיר   | בר       | סמר  | חוקר הונאה |

מקום שרות

תחנת כפר סבא שרון



## מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

### פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז  
כתובת דרך השרון 1, כס  
טלפון 09-7473330  
פקס 097473336  
דואל bohanim.sharon@police.gov.il

מספר תיק פלא 529673/2023  
סיווג תיק ת.ד., כללי  
מס' מסמך בתיק ג  
תאריך 30/11/2023, י"ז כסלו תשפ"ד, 12:51

### לכל המעוניין

תאריך התאונה 28/11/2023 בשעה 17:30

### מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 4 ק"מ מס 131.6

### הערות מקום

### פרטי כלי הרכב והמעורבים

#### פרטי הרכב

|            |              |                |
|------------|--------------|----------------|
| מספר רכב   | סוג רכב      | תוצר רכב       |
| 9035485    | פרטי נוסעים  | סוזוקי הונגריה |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה  | סוג לוחית      |
| אי.די.אי   | 1673280700/2 | ישראלית        |

#### מעורבים ברכב

| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא          | שנת לידה   | כתובת   | קופ"ח / בית חולים  | חומרת הפגיעה |
|-------------|-----------|-----------------|------------|---------|--------------------|--------------|
| נהג         | 200372738 | מילרד ברסלב ענת | 17/12/1987 | תל יצחק | ב"ח מאיר - כפר סבא | קלה          |

#### פרטי הרכב

|            |             |           |
|------------|-------------|-----------|
| מספר רכב   | סוג רכב     | תוצר רכב  |
| 30500601   | פרטי נוסעים | מזדה יפן  |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה | סוג לוחית |
|            |             | ישראלית   |



מעורבים ברכב

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

פרטי הרכב

| מספר רכב   | סוג רכב     | תוצר רכב     |
|------------|-------------|--------------|
| 2861237    | פרטי נוסעים | טויוטה ארה"ב |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה | סוג לוחית    |
|            |             | ישראלית      |

מעורבים ברכב

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

פרטי הרכב

| מספר רכב   | סוג רכב     | תוצר רכב    |
|------------|-------------|-------------|
| 91552501   | פרטי נוסעים | קיה סלובקיה |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה | סוג לוחית   |
|            |             | ישראלית     |

מעורבים ברכב

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

פרטי הרכב

| מספר רכב   | סוג רכב     | תוצר רכב     |
|------------|-------------|--------------|
| 3007154    | פרטי נוסעים | ניסאן אנגליה |
| חברת ביטוח | מספר פוליסה | סוג לוחית    |
|            |             | ישראלית      |

מעורבים ברכב



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

נהג

### פרטי הולכי רגל

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

### כמות נפגעים

כמות נפגעים מצב התיק מתאריך  
1 בחקירה 30/11/2023

### פרטי המטפל בתיק

מ"א שם משפחה שם פרטי  
8869461 בר אופיר

### פרטי השוטר המוסר

מספר אישי שם פרטי שם משפחה דרגה תפקיד  
991968 סיגל בראמלי רב נגד חוקר משל

חתימה

### מקום שרות

חקירות כפר סבא שרון



הוסף ע"ד ד"ר תבדי אלכס מ.ר. 165400 00:31 29/11/2023

## בקשת יעוץ מתאריך 29/11/2023

|            |                          |          |            |                                       |
|------------|--------------------------|----------|------------|---------------------------------------|
| שם משפחה:  | מילרד ברסלב              | ת. לידה: | 17/12/1987 | מיון אורתופדי                         |
| שם פרטי:   | ענת                      | ת. זהות: | 20037273-8 | מנהל מל"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| כתובת:     | הפרדס 2, תל יצחק 4580500 | מיון:    | נקבה       | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה         |
| טלפון:     | 0544499029               | גיל:     | 35         | מס' קבלה למחלקה: 2512561901           |
| סוג דם:    | AB+                      | מחזור:   |            | טלפון: 09-7472326                     |
| מחזור:     |                          | מרפאה:   |            | פקס: 09-7410994                       |
| גורם מממן: | שחן שומרון               | שם האב:  | אפרים פישל |                                       |

## תלונה עיקרית

בת 35, בריאה בד"כ.

טרם הגעתה היתה מעורבת בתאונות דרכים במנגנון שרשרת, רכב פגע בה מאחורה. במהלך התאונה נהגה והיתה חגורה. כתוצאה מכך נחבלה בצוואר, חזה, רגל שמאל. ללא חבלת ראש, איבוד הכרה, פרכוס, הקאות או כאבי ראש חריגים. ללא חבלת בטן או אגן, כאבי בטן או כאבים באגן.

## בבדיקתה:

נינוחה, ערנית ומתקשרת לעניין.  
כניסת אוויר ונשימה תקינים, סטורציה שמורה 100.  
ללא טיקרדיה בעת בדיקתה 68, לחצי דם תקינים 118/73.  
נירולוגית: מניעה 4 גפיים, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, ללא פציאליס, כח גס שמור, תפקודי מוחון תקינים, GCS 15.  
ראש ופנים: ללא סימני חבלה.  
צוואר: החולה עם צווארון, רגישות במישוש ובתזוזה:  
חזה: רגישות במישוש בית חזה, ללא סימני חבלה.  
בטן: רכה, ללא רגישות, ללא סימני חבלה.  
עמוד שדרה: ללא רגישות במישוש עמוד שדרה צווארי, גבי ומותני.  
גפיים עליונות: ללא רגישות במישוש.  
גפיים תחתונות: רגישות במישוש ובתזוזה ברך שמאל.  
אגן יציב.  
ללא סימן חגורה.

## אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

## מדדים

| תאריך ושעה       | מצב הכרה | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר חדר | רמת כאב | הקלת כאב  |
|------------------|----------|----------|------|-------------------|---------|-----------|
| 21:55 28/11/2023 |          | 122 / 73 | 70   |                   |         |           |
| 17:37 28/11/2023 | A        | 118 / 73 | 68   | 100               | 5       | לא רלבנטי |

## יעוצים

פרטי המבקש: דר' דקה מוחמד מ.ר. 159250

תאריך: 21:11 28/11/2023

מחלקה מיעצת: מיון אורתופדי

הגדרת הבעיה: בת 35, תאונת דרכים, מנגנון אחורי. בבדיקתה רגישות מדליין מעל עמ"ש צווארי, הושמה בצווארון. בצילום חשד לשבר C2/3. הוזמן CT

השאלה ליועץ: נא הערכתכם בבקשה

| תשובת היועץ       | סטטוס המשך מעקב | תאריך            | נרשם ע"י      | חתימה |
|-------------------|-----------------|------------------|---------------|-------|
| בת 35, רקע כמתואר | תשובה לא        | 29/11/2023 00:31 | דר' תבדי אלכס |       |



## בקשת יעוץ

מיון אורתופדי  
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562  
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

|           |             |             |            |
|-----------|-------------|-------------|------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 |
| שם פרטי:  | ענת         | ת. זהות:    | 20037273-8 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל |

## יעוצים

| תשובת היועץ | סטטוס המשך מעקב | תאריך | נרשם ע"י | חתימה |
|-------------|-----------------|-------|----------|-------|
|-------------|-----------------|-------|----------|-------|

מ.ר. 165400

ביום פנייתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים כנהגת, מנגנון אחורי, הייתה חגורה, ללא פתיחת כריות אוויר, ללא חבלת ראש או אובדן הכרה, ללא אובדן שליטה על סוגרים. השלימה קלירנס כירורגי מלינה על כאבים בצוואר

בבדיקתה במצב כללי טוב, נינוחה, ללא סימני מצוקה, הליכה על בסיס תקין  
צוואר – ללא סמני חבלה, רגישות עמ"ש צווארי. ROM שמור בכל הצירים.  
גפיים עליונות – כח גס שמור, תחושה שמורה, ללא פחת ניורוסקולרי.  
עמוד שדרה לכל אורכו – ללא סמני חבלה או רגישות במשום וניקוש  
גפיים תחתונות – כח גס שמור, תחושה שמורה, ללא פחת ניורוסקולרי.

צילום עמ"ש ללא ממצא גרמי חריף  
CT עמ"ש צווארי ללא ממצא גרמי חריף

הוסבר על מנגנון צליפת השוט ויתכונות החמרה בכאבים

המלצות  
מעקב רופא מטפל יש להביא מכתב זה לרופא מטפל בהקדם לצורך המשך מעקב רפואי  
משככי כאבים לפי צורך ובמינון המוקבל מנוחה  
ניתן להיעזר בקומפרסים קרים- לא ישירות על העור בכל החמרה – כאבים עזים, חוסר תחושה, חוסר יכולת להניע גפה או חלק ממנה, אי שליטה על סוגרים – כל החמרה אחרת – לשוב מיידית לבדיקת רופא

רפואה שלמה!

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

## בדיקות עזר

| תוצאה | תאריך      | בדיקה               |
|-------|------------|---------------------|
|       | 28/11/2023 | ט.מ. CT ראש / צוואר |



## בקשת יעוץ

|           |             |             |            |                                        |
|-----------|-------------|-------------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 | מיון אורתופדי                          |
| שם פרטי:  | ענת         | ת. זהות:    | 20037273-8 | מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| <p>סיבת ההפניה:</p> <p>[בת 35, תאונת דרכים קנמטיקה בינונית. חבלת ראש וצוואר.</p> <p>מלינה על כאב ראש. מעט סחרחחות.</p> <p>בצילום עמ"ש חשד לשבר]</p> <p>בוצע:</p> <p>[ ט.מ. CT ראש/צוואר בתאריך 28/11/2023 22:21</p> <p>מ.ג: 1285007984381 מבצע: ויקטור ריין;</p> <p>ט.מ. CT ראש / צוואר;</p> <p>]</p> <p>[ממצאים]</p> <p>בדיקת CT ראש וע"ש צוואר ללא הזרקת ח"נ:</p> <p>ללא עדות לדימום או אוטם תת-חריף.</p> <p>קו האמצע שמור, אין עדות לאפקט מסה.</p> <p>גודל החדרים, החריצים והציטרנות בגדר הנורמה.</p> <p>אין עדות לשבר.</p> <p>אין עדות לממצא חבלתי בע"ש צוואר.</p> <p>]</p> <p>סיכום:</p> <p>[אין עדות לממצא חריף תוך-גולגולתי ובע"ש צוואר]</p> <p>תשובה לא סופית עד לאישור רופא מומחה</p> <p>יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!</p> <p>יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.]</p> |            |                 |
| צילום ברך שמאל                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 28/11/2023 | לא הוקלדה תשובה |
| צילום חזה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 28/11/2023 | לא הוקלדה תשובה |
| צילום עמוד שדרה צוואר במסגרת עמוד שדרה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 28/11/2023 | לא הוקלדה תשובה |
| צילום עצם החזה (סטרנום)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 28/11/2023 | לא הוקלדה תשובה |
| צילום צלעות דו צדדי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 28/11/2023 | לא הוקלדה תשובה |

חתימה:

ד"ר תבדי אלכס

רופא מנהל מלר"ד

נחתם ע"י: דר' תבדי אלכס מ.ר. 165400



## בקשת יעוץ

|           |             |             |            |                                        |
|-----------|-------------|-------------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 | מיון אורתופדי                          |
| שם פרטי:  | ענת         | ת. זהות:    | 20037273-8 | מנהל מלר"ר: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |

## הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' תבדי אלכס 29/11/2023 00:31

\*\*\*חשוי אישי\*\*\*

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 28/11/2023 הופק ע"י ד"ר דקה מוחמד מ.ר. 159250 מ.ר. 21:14 28/11/2023

|            |                  |          |            |                                        |
|------------|------------------|----------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה:  | מילרד ברסלב      | ת. לידה: | 17/12/1987 | מיון כירורגי                           |
| שם פרטי:   | ענת              | ת. זהות: | 20037273-8 | מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| כתובת:     | הפרדס 2, תל יצחק | מין:     | נקבה       | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |
| טלפון:     | 0544499029       | גיל:     | 35         | מס' קבלה למחלקה: 2512561901            |
| סוג דם:    | AB+              | מרפאה:   |            | טלפון: 09-7471521                      |
| מחוז:      |                  | שם האב:  | אפרים פישל | פקס: 09-7410994                        |
| גורם מממן: | שרון שומרון      |          |            |                                        |

מספר קבלה: 2512561901

תאריך קבלה: 28/11/2023 17:33

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת עבודה

תאריך הפגיעה: 28/11/2023

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזור

רופא אחראי

רופא: דר' דקה מוחמד מ.ר. 159250

אבחנות בשחרור

| אבחנה                  | קוד  | צד | תאריך | עיקר | S/P | MP | Rec |
|------------------------|------|----|-------|------|-----|----|-----|
| MOTOR VEHICLE ACCIDENT | E819 |    |       | ✓    |     |    |     |

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 35, בריאה בד"כ.

טרם הגעתה היתה מעורבת בתאונת דרכים במנגנון שרשרת, רכב פגע בה מאחורה. במהלך התאונה נהגה והיתה חגורה. כתוצאה מכך נחבלה בצוואר, חזה, רגל שמאל. ללא חבלת ראש, איבוד הכרה, פרכוס, הקאות או כאבי ראש חריגים. ללא חבלת בטן או אגן, כאבי בטן או כאבים באגן.

בבדיקה:

נינוחה, ערנית ומתקשרת לעניין.

כניסת אוויר ונשימה תקינים, סטורציה שמורה 100.

ללא טכיקרדיה בעת בדיקה 68, לחצי דם תקינים 118/73.

ניורולוגית: מניעה 4 גפיים, אישוניים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, ללא פציאליס, כח גס שמור, תפקודי מוחון תקינים, GCS 15.

ראש ופנים: ללא סימני חבלה.

צוואר: החולה עם צווארון, רגישות במישוש ובתזוזה.

חזה: רגישות במישוש בית חזה, ללא סימני חבלה.

בטן: רכה, ללא רגישות, ללא סימני חבלה.

עמוד שדרה: ללא רגישות במישוש עמוד שדרה צווארי, גבי ומוותני.

גפיים עליונות: ללא רגישות במישוש.

גפיים תחתונות: רגישות במישוש ובתזוזה ברך שמאל.

אגן יציב.

ללא סימן חגורה.

מחלות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות



## מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

|           |             |             |            |                                        |
|-----------|-------------|-------------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 | מיון כירורגי                           |
| שם פרטי:  | ענת         | ת. זהות:    | 20037273-8 | מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |

לא ידועה רגישות לחומרים  
הוראות ומדדים

| תאריך | שעה        | קטגוריה | מדד    | תוצאות והערות |
|-------|------------|---------|--------|---------------|
| 17:37 | 28/11/2023 | מדדים   |        |               |
|       |            |         | A      | מצב הכרה      |
|       |            |         | 118/73 | לחץ דם        |
|       |            |         | 68     | דופק          |
|       |            |         | 100    | סטורציה באויר |
|       |            |         |        | חדר           |
|       |            |         | 5      | רמת כאב       |
|       |            |         |        | לא רלבנטי     |

## ביצוע תרופות

| מינון                   | צורת מינון | תאריך ושעה                                  | תזמון מהוראה              | תרופה                          |
|-------------------------|------------|---------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Drug Dosage:<br>1000 mg | SYR        | 28/11/2023 19:20<br>אברהם אביטל מ.ר. 230793 | Once<br>Rate from nurse:0 | V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg |
| Oral                    |            |                                             |                           |                                |

## יעוצים

|              |                                                                                                                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| פרטי המבקש:  | דר' דקה מוחמד מ.ר. 159250                                                                                               |
| תאריך:       | 21:11 28/11/2023                                                                                                        |
| מחלקה מיעצת: | מיון אורתופדי                                                                                                           |
| הגדרת הבעיה: | בת 35, תאונת דרכים, מנגנון אחורי. בבדיקתה רגישות מדליין מעל עמ"ש צווארי, הושמה בצווארון. בצילום חשד לשבר C2/3. הוזמן CT |
| השאלה ליועץ: | נא הערתכם בבקשה                                                                                                         |

## בדיקות עזר

| תוצאה           | תאריך      | בדיקה                                   |
|-----------------|------------|-----------------------------------------|
| לא הוקלדה תשובה | 28/11/2023 | צילום ברך שמאל                          |
| לא הוקלדה תשובה | 28/11/2023 | צילום חזה                               |
| לא הוקלדה תשובה | 28/11/2023 | צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה |
| לא הוקלדה תשובה | 28/11/2023 | צילום עצם החזה (סטרום)                  |
| לא הוקלדה תשובה | 28/11/2023 | צילום צלעות ח צדדי                      |



## מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

|           |             |             |            |                                        |
|-----------|-------------|-------------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 | מיון כירורגי                           |
| שם פרטי:  | ענת         | ת. זכות:    | 20037273-8 | מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |

נחתם ע"י: דר' דקה מוחמד מ.ר. 159250

חתימה: \_\_\_\_\_

## סיכום

בת 35, בריאה בד"כ.

טרם הגעתה היתה מעורבת בתאונות דרכים במנגנון שרשרת, רכב פגע בה מאחורה. במהלך התאונה נהגה והיתה חגורה. כתוצאה מכך נחבלה בצוואר, חזה, רגל שמאל. ללא חבלת ראש, איבוד הכרה, פרכוס, הקאות או כאבי ראש חריגים. ללא חבלת בטן או אגן, כאבי בטן או כאבים באגן.

## בבדיקתה:

נינוחה, ערנית ומתקשרת לעניין.  
כניסת אוויר ונשימה תקינים, סטורציה שמורה 100.  
ללא טכיקרדיה בעת בדיקתה 68, לחצי דם תקינים 118/73.  
נירולוגית: מניעה 4 גפיים, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, ללא פציאליס, כח גס שמור, תפקודי מוחון תקינים, GCS 15.  
ראש ופנים: ללא סימני חבלה.  
צוואר: החולה עם צווארון, רגישות במישוש ובתזוזה.  
חזה: רגישות במישוש בית חזה, ללא סימני חבלה.  
בטן: רכה, ללא רגישות, ללא סימני חבלה.  
עמוד שדרה: ללא רגישות במישוש עמוד שדרה צווארי, גבי ומותני.  
גפיים עליונות: ללא רגישות במישוש.  
גפיים תחתונות: רגישות במישוש ובתזוזה ברך שמאל.  
אגן יציב.  
ללא סימן חגורה.

צל"ח ללא תת"ג, ללא חזה אוויר או שברים בצלעות.

ללא בעיה כירורגית חריפה

## המלצות

המלצה: מעקב רופא מטפל  
מנוחה ומשככי כאבים  
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא  
חופשת מחלה: 3 ימים.

במידה והמטופל פנה למיון בעקבות טראומה, יש לשקול הפנייתו להערכת גורם ברה"נ במסגרת קופ"ח במקרה של הופעת תסמינים נפשיים בתר חבלתיים.

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית: \_\_\_\_\_

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

הגנת מידע

28/11/2023 21:14 דקה מוחמד על ידי



## מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

|           |             |             |            |                                      |
|-----------|-------------|-------------|------------|--------------------------------------|
| שם משפחה: | מילרד ברסלב | תאריך לידה: | 17/12/1987 | מיון כירורגי                         |
| שם פרטי:  | ענח         | ת. זהות:    | 20037273-8 | מנהל מלר"ד: דר' חדרה יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | AB+         | שם האב:     | אפרים פישל | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה        |

חסידי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים



מספר רשיון 127103  
טלפון 09-8915222  
פקס 09-8996025  
מחוז שו"ש

ד"ר חאלד גבארה  
רפואת משפחה  
מסותא 2  
אבן יהודה

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 06/12/2023

### אישור מחלה

|              |                 |                 |            |             |        |        |             |         |            |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|--------|--------|-------------|---------|------------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | מילרד ברסלב ענת | מס זהות:   | 00200372738 | גיל:   | 35.11  | מין:        | נ       |            |
| ת.לידה:      | 17/12/1987      | ישוב:           | תל יצחק    | רחוב:       | הפרדס  | טלפון: | 54- 4499029 | מס בית: | 2          |
| סוג תאונה:   | 2 תאונת עבודה   | תאריך תאונה:    | 28/11/2023 | מספר רשיון: | 127103 | טלפון: | 09-8915222  | פקס:    | 09-8996025 |

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/12/2023 עד תאריך: 14/12/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 14

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|                |            |                    |
|----------------|------------|--------------------|
| ד"ר חאלד גבארה | 127103     | "נחתם דיגיטלית"    |
| שם הרופא       | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

|                 |                                               |                          |
|-----------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| אישור מחלה      | המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות** | דף 1                     |
| מילרד ברסלב ענת | 00200372738                                   | הודפס ע"י ד"ר חאלד גבארה |
|                 |                                               | 06/12/2023               |



מספר רשיון 127103  
טלפון 09-8915222  
פקס 09-8996025  
שולח מחוז

ד"ר חאלד גבארה

שם הרופא

ד"ר חאלד גבארה  
רפואת משפחה  
אסותא, 2  
אכז יהודה

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מדינה

תאריך: 06/12/2023

### הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |                 |            |              |            |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | מילרד ברסלב ענת | מס זרות:   | 00200372738  | גיל:       | 35.11       | מין:       | נ |
| ת לידה:      | 17/12/1987      | ישוב:           | תל יצחק    | רחוב:        | הפרדס      | טלפון נוסף: | 54-4499029 |   |
| מס בית:      | 2               | טלפון:          | 54-4499029 | תאריך תאונה: | 28/11/2023 |             |            |   |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

35122024742

מספר הפניה:

גורם שולח



5122

מספר הפניה



035122024742

תז נבדק



0200372738

רשיון רופא



127103

לכבוד: מכון פיזיותרפיה.

דחוף.

שירות שנבחר

|           |           |        |                                     |
|-----------|-----------|--------|-------------------------------------|
| קוד שירות | קוד משה"ב | 797001 | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול |
| 80015     |           |        |                                     |

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלומות / סיבת הפניה: ב 28/11/2023 המטופלת הייתה מעורבת בתאונת דרכים בזמן חזרה מעבודה (תאונת שרשרת). סובלת מכאב בצוואר מלווה בהגבלה בתנועה עקב הכאב פנתה למיון מאיר - השלימה צילום עמוד שדרה צווארי - עקב חשד לשבר C2-3 הושלם CT צוואר - ללא ממצא חריג. עדיין כאובה. מופנית להמשך טיפול.

סימנים חיוניים: גובה 158 16/04/2018 משקל 66 12/09/2018 bmi 26.44  
לחץ דם 123 / 84 08/07/2020  
דופק 71 08/07/2020 לא סדיר

06/03/2023 מתאריך 116.4 eGFR

חולדות עבר

|            |            |        |        |
|------------|------------|--------|--------|
| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה   |
| 01/01/2016 | 01/01/2008 |        | SMOKER |

תרופות קבועות

| כמות                                  | א. הגשה  | פעמים | ב... |
|---------------------------------------|----------|-------|------|
| FOLIC ACID TAB 400MCG 400MCG          | 0 טבליות |       | ביום |
| DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG | 0 טבליות |       | ביום |
| FOLIC ACID DH TAB. 400MCG 100 400MCG  | 0 טבליות |       | ביום |
| FEMINET [21*4] TAB 84 CF              | 0 טבליות |       | ביום |

מצב כללי טוב.

רגישות בצוואר בעיקר בשיני תנועות.

ממצאים קליניים

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

127103

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

ד"ר חאלד גבארה

שם הרופא

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

7 סהר

דף 1

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

06/12/2023

הודפס ע"י ד"ר חאלד גבארה

00200372738

הפניה למכון פיזיותרפיה

מילרד ברסלב ענת

תאריך: 19/03/2024

## סיכום טיפול

| פרטי המטופל       | מילרד ברסלב ענת | 00-20037273-8 | 36.03 | נ       | 17/12/1987 | אפרים פישל |
|-------------------|-----------------|---------------|-------|---------|------------|------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות         | גיל           | מין   | ת לידה  | שם האב     |            |
| תל יצחק           | הפרדס           | 2 /           | 54    | 4499029 | 54         | 4499029    |
| ישוב              | רחוב            | מס בית        | טלפון | טלפון   | טלפון נוסף |            |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230557329 מספר זיהוי הפניה: 35122024742

תאריך הפניה: 06/12/2023

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר חאלד גבארה רשיון רופא: 127103

מרפאה: מרפאת אבן יהודה

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד | איפיון | אבחנה                |
|----|-----|--------|----------------------|
|    |     |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |

אבחנה לטיפול:

| צד      | קוד  | אבחנה           |
|---------|------|-----------------|
| דו צדדי | 8470 | WHIPLASH INJURY |

תאריך תחילת טיפול: 14/12/2023 תאריך סיום טיפול: 19/03/2024

מס' ביקורים בפועל: 20 פרטני: 13 קבוצתי: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 5

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 12   | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 12   | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 10   | טיפול ברקמה רכה                   |
| 10   | טיפול ב-Hot Pack                  |
| 9    | טיפול ב-TENS                      |
| 7    | קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה   |
| 4    | הערכה מחדש- בדיקה                 |

דף 1 מ 2

19/03/2024

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

הודפס ע"י נאזם גרה 00-20037273-8

סיכום טיפול

מילרד ברסלב ענת

כאבים:

| איבר  | צד      | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|-------|---------|-----------------------|-----------------------|
| צוואר | דו צדדי | 7                     | 6                     |

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: המטופל/ת טופל/ה במכוננו עקב WHIPLASH המטופלת בת 35 היתה מעורבת בתאונת דרכים בזמן חזרה מעבודה ביום 28.11.23

מאז סובלת מכאב בצוואר. היה חשד לשבר ב C2-3  
עדיין כאובה בעיקר בנהיגה ארוכה, קושי בשיבה ממושכת מעל שעתיים  
רגישות לכאבים בשרירי TRAPEZIUS  
החולה הגיעה עם צווארון  
הגבלה ב ROT כ 20% BIL  
FLEX 30%  
בשחרור המטופלת עדיין מתלוננת על קושי וכאב לאחר ישיבה ממושכת, כאבים בזמן  
נהיגה, הגבלה בסופי טווחי תנועות הצוואר.  
קיבלה הדרכה להמשך תרגול בבית.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

19/03/2024  
28/02/2024  
28/02/2024  
13/02/2024  
07/02/2024  
06/02/2024  
30/01/2024  
24/01/2024  
23/01/2024  
16/01/2024  
10/01/2024  
09/01/2024  
03/01/2024  
02/01/2024  
27/12/2023  
26/12/2023  
20/12/2023  
20/12/2023  
19/12/2023  
14/12/2023

נאזם גרה

שם מטפל

88019

מספר רשיון

חתימה וחומת

סיכום טיפול

מילרד ברסלב ענת

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

הודפס ע"י נאזם גרה 00-20037273-8

דף 2 מ 2

19/03/2024



## הזמנה

|              |                                |            |            |
|--------------|--------------------------------|------------|------------|
| שם הלקוח:    | ענת מילרד ברסלב                | מספר זהות: | 20037273-8 |
| מועד הביקור: | 26/05/24 יום א' י"ח אייר תשפ"ד | שעה:       | 08:18      |
| שם הרופא:    | זמירו עיסאם                    | מקצוע:     | אורתופדיה  |
| מרפאה:       | אמיר - מרפאה עצמאית - צורן     | טלפון:     | 09-8930820 |
| כתובת:       | שדרות יצחק רבין 38, קדימה צורן |            |            |
| אוטובוסים:   |                                |            |            |

**הנחיות:** אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

יש להגיע עם כרטיס מגנטי  
הביקור כרוך בתשלום אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם במזומן, או  
הרשאת חיוב בלבד.

**תאריך הדפסה:** 23/05/2024 09:11:12

תאריך: 23/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

|              |                 |                 |            |             |       |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|-------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | מילרד ברסלב ענת | מס זהות:   | 00200372738 | גיל:  | 36.05       | מין:       | נ |
| ת.לירה:      | 17/12/1987      | ישוב:           | תל יצחק    | רחוב:       | הפרדס | טלפון נוסף: | 54-4499029 |   |
| מס בית:      | 2               | טלפון:          | 54-4499029 |             |       |             |            |   |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 28/11/2023

מספר הפניה ישירה: 35122032591

מספר רשיון  
תז נבדק  
מספר הפניה  
גורם שולח



לכבוד: רופא אורתופד  
בהקדם בבקשה  
שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/12/2023  
ב 28/11/2023 המטופלת הייתה מעורבת בתאונת דרכים בזמן חזרה מעבודה (תאונת שרשרת). סובלת מכאב בצוואר מלווה בהגבלה בתנועה עקב הכאב פנתה למיון מאיר - השלימה צילום עמוד שדרה צווארי - עקב חשד לשבר C2-3 הושלם CT צוואר - ללא ממצא חריג.  
עדיין כאובה.  
14/12/2023  
מופנית לרפואה משלימה להמשך טיפול  
19/12/2023  
מבקשת המשך אישור מחלה.  
23/05/2024  
עדיין סובלת מכאב בצוואר, קיבלה טיפול בנגד כאבים, רפואה משלימה ופיזיותרפיה.  
ללא שיפור משמעותי. עדיין כאב שמחמיר בעיקה בישיבה ממושכת / נסיעה.  
מופנית להמשך בירור וטיפול

סימנים חיוניים: גובה 158 02/04/2024 משקל 67 02/04/2024 bmi 26.84

לחץ דם 84 / 123 08/07/2020

דופק 71 08/07/2020 לא סדיר

02/04/2024 מתאריך 120.09 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 19/12/2023  
ממצאים מתאריך 14/12/2023  
ממצאים מתאריך 06/12/2023  
מצב כללי טוב.

רגישות בצוואר בעיקר בשינוי תנועות.  
רגישות והימטומה קלה בברך שמאל.  
14/12/2023

19/12/2023

23/05/2024

דף 1

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

הפניה לרפואה יועצת

23/05/2024

הודפס ע"ד חאלד גבארה

00200372738

מילרד ברסלב ענת

אבחנה מעוקרת

קור: A80  
7231  
אפיין: 19/12/2023  
מבחנה: 14/12/2023

דין/תוכנית טיפולית: 19/12/2023  
דין/תוכנית טיפולית מתהריך 14/12/2023  
ההפניות שהופקו ב: 06/12/2023  
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב: 14/12/2023

ההפניות שהופקו ב: 14/12/2023  
הפניה לרפואה יעצת - 87001-בדיקת רגלי - רפואה מ: 19/12/2023

23/05/2024

בעיות בעבר

תאריך: 01/01/2008  
מגילו: 01/01/2008  
אפיין: 01/01/2008  
בעיה: 01/01/2008

תרופות קבועות

| תרופות                                | כמות | א. הגשה  | פעמים | ב.   |
|---------------------------------------|------|----------|-------|------|
| FOLIC ACID TAB 400MCG 400MCG          |      | 0 טבליות |       | ביום |
| DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG |      | 0 טבליות |       | ביום |
| FOLIC ACID DH TAB. 400MCG 100 400MCG  |      | 0 טבליות |       | ביום |
| FEMINE T [21*4] TAB 84 CF             |      | 0 טבליות |       | ביום |

מודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר חאלד גבארה  
127103  
"נחתם דיגיטלית"  
שם הרופא  
מספר רשיון  
חתימה חתומת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.  
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח  
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 26/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: מילרד ברסלב ענת  
ת.לידה: 17/12/1987 ישוב: תל יצחק  
מס בית: 2 טלפון: 54- 4499029  
מס זהות: 00200372738 רחוב: הפרדס  
גיל: 36.05 מין: נ טלפון נוסף: 54- 4499029

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/05/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: כאבי צוואר מזה תקופה, כאבים בהחמרה לאחרונה, טיפול במשככי כאבים ללא שיפור, ללא חבלה או חום,

בדיקה גופנית: עמ"ש צווארי:-

ללא רגישות בניקוש חוליות, ריגשות פאראבירטלית, ROM ללא הגבלה גפיים עליונות-ללא סימני חבלה או הימטומה, ללא רגישות במישוש, כח גס שמור בכל התחנות, תחושה שמורה בכל הפיזורים, הופמן שלילי דו"צ, ללא סימני מילפטיה צווארית

| קוד  | איפיון | אבחנה       |
|------|--------|-------------|
| 7231 |        | CERVICALGIA |

תרופות

| תרופה                                  | מנה | הגשה | יחידה  | פ | D | משך | סה"כ | OP    | מ | ק | נ | P |
|----------------------------------------|-----|------|--------|---|---|-----|------|-------|---|---|---|---|
| DEPO MEDROL 80MG 2ML I.M AMP 80MG/2ML  | 1   | INJ  | זריקה  | 1 | D | 1   | 1    | יחידה | N | ר | 1 | W |
| DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75MG/3ML | 1   | INJ  | זריקה  | 1 | D | 1   | 1    | יחידה | N | ר | 1 | W |
| ETORICOXIB TAB 90MG 90MG               | 1   | TAB  | טבליות | 1 | D | 14  | 14   | יחידה | N | ר | 1 | W |
| MUSCOL TAB CF                          | 1   | TAB  | טבליות | 3 | D | 7   | 21   | יחידה | N | ר | 1 | W |

| פעולות                        | קוד | כמות |
|-------------------------------|-----|------|
| 306 הזרקה ו/או ניקור תוך פרקי | 306 | 1    |
| 306 הזרקה ו/או ניקור תוך פרקי | 306 | 1    |

סיכום והמלצות: החולה קיבלה ע"י ידי 2 זריקות אחרי חיסוי טוב, הוסבר לפני על מהות הזריקה והסכנות ותופעות לוואי, אחרי הזריקות ישובה במרפאה רבע שעה ושוחרה במצב יציב הימנענות נשמתי.

בברכה,

ד"ר עיסאם זמיר  
שם הרופא  
מס' רשיון 130178  
חתימה וחותמת הרופא