



לכבוד  
מחלקת ביטוחי בריאות  
מנורה חברה לביטוח בע"מ  
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

**הנדון: שחר קסורלה, ת"ז 3-30783777**

**פוליסה שמספרה: 351618913**

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות ולפרט כדלקמן:

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה ביום 2.2.2025 (להלן: "**התאונה**")
2. לאחר התאונה טופל מרשי בבית החולים אסף הרופא, שם אובחנו חבלות בכף יד ימין ובשוק רגל ימין.
3. בדיקת הדמיה שכוונה לאצבעות כף יד ימין הדגימה שברי גליל באצבעות 3-4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4 עם רושם לרוטציה. לאחר קבלת טיפול אנטיביוטי, שטיפות מרובות וחבישה שוחרר מרשי כשידו חבושה ונתונה במתלה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, המשך טיפול אנטיביוטי ומנוחה.
4. מרשי המשיך במעקב הרפואי במסגרת מרפאות בית החולים אסף הרופא, שם הודגם גזרור אולנרי באצבע 4 ובדיקת הדמיה הדגימה שבר בעמדה לא מתקבלת והוחלט להפנותו לביצוע ניתוח.

**רצ"ב תעודות רפואיות**

5. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, לפיצוי בגין שברים, אשפוז מתאונה ואובדן כושר עבודה.
6. אודה עבור טיפולכם המסור והעברת התשלום לפקודת **אריאל פרייברג, עו"ד**.  
\*רצ"ב יפוי כח.

**בכבוד רב ובב"ח,**  
**אריאל פרייברג, עו"ד**  
**פרייברג רסקין עורכי דין**



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

## מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

### סודי רפואי\*\*\*

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה. תשלום - 1996 חוק הגנת הפרטיות, תשלום - 1981 חוק למסור אדם/אם את חופנו/אם איזה פרט שיהיה בעת לכל אדם הוא נהנה מכל זכות חוקית להגדרת פרטיותו. חסימת פרטיותו כנגד למכור בחוקים אלה, מלחם עבירה. מכאן זה מכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לחוסר המטפל במקום ולתבנות רצף טיפול.

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: קסורלה                      | ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31 |
| שם פרטי: שחר                          | ת. זהות: 307837773 מין: זכר |
| כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705 | מצב משפחתי: נשוי/אה 0       |
| טלפון: 054-9796445                    | שם האב: משה שם האם: דנה     |
| זמן קבלה: 11:50 02/02/2025            | קופ"ח כללית                 |
| זמן פתיחת גיליון: 11:54 02/02/2025    | מספר מקרה: 12329684         |
| זמן שחרור: 16:11 02/02/2025           |                             |

### סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

#### אבחנת במלרד

| אבחנה                                                 | קוד    | צד    | תאריך | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|-------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|
| OPEN FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED | 815.10 | Right |       | ✓     |     |     |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 31 בריא בד"כ

ללא רגישות לתרופות

שכב כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.

מועד טטנוס אחרון לא ידוע.

מ/א/ ORIF ANKLE שמאל לאחר תאונת אופנוע

היום תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה. חבש קסדה

ללא אובדן הכרה. נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4 בנוסף שפשוף שטחי בשוק ימין.

בבדיקתו פצע בגודל 0.5\*0.5 ס"מ, ב-ZONE רדיאלי,

רגישות בגלילים מרוחקים באצבע 4+3, חסר ציסורן באצבע 4, ללא מעורבות מיטת הציפורן.

רגישות על גבי PIP 4,

תפקוד FDS + FDP שמורים

יישור שמור, תחושה שמורה

שמור NV

בצילומים- שברי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לחטציה

**המשך מכתב: 307837773 שחר קסורלה**

הוצע למטופל הנחת תפר נילון עור על גבי הפצע. המטופל אינו מעוניין במלר"ד טופל בצפמיזון IV וחיסון טטנוס. שטיפה מרובה לפצעים. חבישה פורדן. הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

**המלצות:**

-המשך אנטיביוטיקה לפי מרשם מצורף

-ביקורת מרפאת כף ד' בשבוע הבא במוסדיו למחיר העולה ש"ח 17.00 נא לקבוע חור טלפונית בחספר 089779810 (יש להגיע עם טופס 17)

-לוגדי כאב לפי מרשם מצורף

-ד' מורמת במתלה רוב שעות היממה. הפעלת אצבעות מרובה

-ד' בחבישת אצבע אל אצבע עד לביקורת מרפאות. אין להסירה או להרטיבה

-חופשת מחלה שלושה שבועות

-בכל החמרה משמעותית בכאבים, נפיחות מתגברת משמעותית, חום, חוסר תחושה או נימול באצבעות או כל החמרה אחרת, יש לפנות לבדיקה רפואית

**תרופות מומלצות**

| שם התרופה                                                            | אופן מתן | מינון  | תדירות   | משך     | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות                                     | מרשם |
|----------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|---------|---------------|---------------|-------------------------------------------|------|
| TRAMADOL FLASH TAB 50MG (TRAMADOL)                                   | PO       | 50 mg  | X 4 ביום | 7 ימים  |               |               | FLASH TAB שימוש בעת כאב מתפרץ - לפי הצורך | ✓    |
| ROKACET PLUS CAPLET (CAFFEINE, CODEINE, PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN)) | PO       | 1 cpl  | X 4 ביום | 10 ימים |               |               | מקסימום 8 כפולות ליום                     | ✓    |
| CEFORAL CAP 500MG (CEPHELEXIN)                                       | PO       | 500 mg | X 4 ביום | 3 ימים  |               |               |                                           | ✓    |

**מדדים אחרונים**

|     |      |    |        |
|-----|------|----|--------|
| SAT | T    | P  | BP     |
| 97  | 36.8 | 86 | 114/81 |

**חתימת רופא**

|                           |                      |                  |
|---------------------------|----------------------|------------------|
| שם החותם                  | תפקיד                | זמן חתימה        |
| ד"ר קומי יואב מר. 1178110 | רופא/ה מורשה/ת שחרור | 02/02/2025 15 40 |



מרפאה כירורגית יד

מנהלת: דר' אבישר ארן מ.ר. 34126

אח"ת אחראי/ת: מירב חיים  
טל: 08-9779611 פקס: 08-9779611



המידע הכללי במסמך זה מוגן על ידי חוק זכויות החולה, חש"ח - 1996 וחוק חגנת הפרטיות, תשנ"ו - 1981 ואין למסדור אורז ולא את תוכנו ולא אזה פרט יחיד. כנסו לכל אדם ולא נקי אלא בריאותם להוראות החוק. מסמך המידע בדיקת מדידת סוכרם אלה, מראה עיניה

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: קסורלה                      | ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31 |
| שם פרטי: שחר                          | ת. זהות: 307837773 מין: זכר |
| כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705 | מצב משפחתי: משו/אה 0        |
| טלפון: 054-9796445                    | שם האב: משה שם האם: דנה     |
| זמן קבלה: 10:38 09/02/2025            | קופ"ח כלית                  |
| זמן הפקת התדפיס: 12:24 09/02/2025     | מספר ביקור: 35288111        |

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

בן 31 בריא בד"כ  
ללא רגישות לתרופות  
עובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.  
2/2/25 תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה, נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4.  
במיון אובחן עם שבירי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לרנטגן.  
בבדיקתו פצע קטן באצבע 0.5\*0.5 ס"מ בגובה DIPJ.  
הוצע למטופל הנחת תפר ניילון עורי על גבי הפצע, אך לא היה מעוניין.  
במלר"ד טופל בצפמיזין IV, וחיסון טטנוס. שטיפה מרובה לפצעים, חבישה פולדין.  
הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

ביקורת 9/2/25  
השלים טיפול אנטיביוטי

בבדיקה:  
נפיחות אצבעות 3+4 ימין,  
פצע במאה נקי באצבע 4,  
רגיזת קצות אצבעות PIPJ ו-4 אצבע,  
ללא חסר NV  
מנגנון יישור וכיפוף תקין  
קיים גזרור אולנרי אצבע 4

צילום ביקורת - שבר בסיס גליל אמצעי אצבע 4 אספקט וולארי בעמדה לא מתקבלת  
הוסב על הצורך בניתוח לשחזור השבר והמטח המפרקי וקיבוע בחדר ניתוח.  
יקבל תור לניתוח.

המלצות:  
המשך חבישת אצבע לאצבע וחבישה מרופדת קצה אצבעות  
יקבל תור לניתוח - יש להדפיס בצום 6 שעות בטרם ניתוח

אבחנת בדיקור

| אבחנה                                                              | ק"מ    | צד    | תאריך | עיקר | S/P | MP | Rec |
|--------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|------|-----|----|-----|
| CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND | 818.01 | Right |       | ✓    |     |    |     |
| CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND             | 818.02 | Right |       |      |     |    |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

חתימת רופא

|                                   |                 |                  |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|
| שם החותם                          | תפקיד           | זמן חתימה        |
| ד"ר בן סירה יובל הי"ץ מ.ר. 170928 | רופא ה. מסכם ת. | 09/02/2025 12 24 |

לזכויות שלכם מכל  
הגורמים חפשו בגוגל  
"כל זכות אחרי אשפוז"

**כל זכות**

אנחנו לדעת, איתנו לכל  
www.kolachut.org.il

"קול הבריאות"  
5400 לכל יחידות  
משרד הבריאות

"כל הבריאות"  
המערכת לבדיקות  
זכאויות: call.gov.il

**משרד הבריאות**  
בתיים בריאות ימור

חטיבת המרכזים והפאיים הממשלתיים



לכבוד:

קסורלה שחר

הירקון 5/6

ראשון לציון 7523705

תאריך 10.02.25



א.ג.ג,

הנדון: הזמנה לניתוח באשפוז

מר/גב' קסורלה שחר 30783777-3

הנך מוזמן בתאריך המפורט להלן לצורך ביצוע הליך רפואי. אשר פרטיו מפורטים בזימון זה.

|                  |                                                                                                               |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| פרטי יחידה מנתחת | שם מחלקה: היחידה לכירורגיה של גף עליון<br>שם מנהל מחלקה: ד"ר אבישר ארז<br>טלפון: 08-9779650 , פקס: 08-9779653 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| תאריך     | תאריך הגעה                 | יום       | תאריך    | שעה   |
|-----------|----------------------------|-----------|----------|-------|
|           | תאריך הגעה                 | יום חמישי | 13/02/25 | 08:00 |
|           | תאריך ניתוח                | יום חמישי | 13/02/25 |       |
| מקום הגעה | קבלה במיון אחר"כ בניין 125 |           |          |       |

| פרטי ניתוח | קוד שירות | תיאור שירות                                   |
|------------|-----------|-----------------------------------------------|
|            | G0120     | ORIF/EF באצבע יד, שבר סגור, לרבות שתל עצם     |
|            | פרוצדורה  | תיאור פרוצדורה<br>OPN REDUC-INT FIX FINGER RI |

|                |                                                                                                                                                                                                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| אנא הקפד להביא | נא להביא עמך:<br>- תעודת זהות, הזמנה זו, התחייבות כספית מאחת מקופות החולים או תשלום מזומן<br>- תיעוד רפואי שבידך: מכתבי הפניה, סיכומי מחלה, צילומי רנטגן, דיסקים)<br>( MRI , א.ק.ג , מעבדה וכד |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| לתשומת ליבך | לקראת הניתוח, יש לבצע את הבדיקות הבאות בקופת החולים:<br>-ספירת דם, תפקודי קרישה<br>-א.ק.ג מגיל 40<br>-צילום חזה לניתוחים בהרדמה כללית<br>עליך לברר הפסקת תרופות לדילול דם (כגון אספירין) מול המחלקה המנתחת במעמד טרום הניתוח<br>*למי שיש מינוי אפוטרופוס יש להגיע עם צו בית משפט* |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



\*\*\*\*\*

הרדמה כללית - צום מחצות

\*\*\*\*\*

#### הערות

מטופלים שיופיעו ללא כל הבדיקות, היעוצים הנדרשים והתחייבות כספית לא יתקבלו. למבוגרים/ מתבגרים בגיל העשרה: אין להגיע לניתוח עם איפור.  
חפצי ערך כגון: תכשיטים, כרטיסי אשראי וסכומי כסף ניתן להפקיד בכספת המיועדת למטרה זאת במשרד הקבלה בבניין המחלקה לרפואה דחופה (מיון).  
וכן להסיר בניית ציפורניים ופירסינג. בית החולים לא יהיה אחראי בשום מקרה לאובדן חפצי ערך כאמור. מועד ושעת הניתוח עשויים להשתנות בשל ניתוחים דחופים או עומס בלתי מתוכנן בחדרי הניתוח.  
אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה.  
במידה ואין ביכולתך להגיע נבקש להודיע לנו בהקדם.

שם מנהל מחלקה: ד"ר אבישר ארז

שם מחלקה: היחידה לכירורגיה של גף עליון

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר קסולר, מס' 307932723, מרחוב ביתן 5, להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 2/2/25 בענין תאונת דרכים מיום 2/2/25 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

**ולראיה באתי על החתום**

היום 11 לחודש 2 שנה 2025

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריימן  
מס' רשום 52254