



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

ח"נ שלום רב,

הנדון: שחר קסורלה, ת"ז 3-30783777

פוליסה שמספרה: 837735800

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 אשה פרט שיהיה בעת לכל אדם הוא נתי אלא בהתאם לתוצאות רצונן. חסימת תשלום בניגוד למבצע בחוקים אלה, מזהה עבירה. מכאן זה מכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל במקום ולבטח את 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 למרכז העזרה טיפולית, נא לקבוע חור טלפונית. בחספר 089779810 (יש להגיע עם טופס 17)
- נוגדי 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, חיוורן, 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 כפוליות 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: 08-9779610 פקס: 08-9779611



המידע הכללי במסמך זה מוגן על ידי חוק זכויות החולה, חש"ח - 1996 וחוק חגנת הפרטיות, תשנ"ו - 1981 ואין למסדור ארוז ולא את תוכנו ולא אזה פרט יחיד. כנסו לכל אדם ולא נקי אלא בריאות
להוראות החוק, מסמך המידע בבית המיון, מידע עכירה

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 שביר 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 פולידין.
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	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	818.01	Right		✓			
4771							
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 מירה יובל הי"נ 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, אנחנו לזכות
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



תאריך 10.02.25



לכבוד:

קסורלה שחר

הירקון 5/6

ראשון לציון 7523705

א.ג.ג,

הנדון: הזמנה לניתוח באשפוז

מ/רגב' קסורלה שחר 3-30783777

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

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

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

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

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

לתשומת ליבך	לקראת הניתוח, יש לבצע את הבדיקות הבאות בקופת החולים: -ספירת דם,תפקודי קרישה -א.ק.ג מגיל 40 -צילום חזה לניתוחים בהרדמה כללית עליך לברר הפסקת תרופות לדילול דם (כגון אספירין) מול המחלקה המנתחת במעמד טרום הניתוח *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