



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**בדוא"ל**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

אפריל 2025  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

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



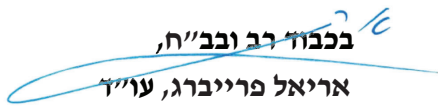
לכבוד  
גב' גבי פיינגולד  
מחלקת ביטוחי בריאות  
הראל חברה לביטוח בע"מ  
באמצעות דוא"ל

ג"נ שלום רב,

**הנדון: שחר קסורלה, ת"ז 3-30783777**  
**פוליסה שמספרה: 800536415**  
**מספר תביעה: 14528444**

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 20.4.25 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מצ"ב תעודות מחלה ותיעוד רפואי עדכני.
2. מרשי לא פנה למשטרה.
3. מצ"ב תצהיר חתום ע"י מרשי ומאומת.
4. לעיונכם והמשך טיפולכם המסור כמו גם ביצוע התשלום אודה.

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

### תצהיר

אני הח"מ, שחר קסורלה נושא ת.ז. 307837773, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כדלקמן:

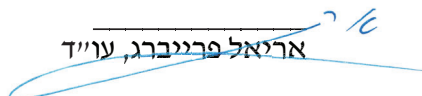
1. בתאריך 2.2.2025 נפגעתי בתאונה עת רכבתי על אופנוע, החלקתי עם האופנוע במהלך נסיעה ונחבלתי.
2. התאונה קרתה בזמן שהייתי בדרכי מתל אביב הביתה על מנת להחליף בגדים והגעה לעבודה.
3. בלילה שבין 1.2.25 לבין 2.2.25 יצאנו כמה חברים בתל אביב, בשים לב לשעה ועל מנת שלא לנהוג עייף ולאחר שתיה הלכתי לישון אצל חבר ובבוקר נסעתי מביתו לביתי על מנת להתקלח, להחליף בגדים ולצאת למקום העבודה.
4. לפי מה שנאמר לי בנסיבות המקרה שלי לא מדובר בתאונת עבודה.
5. לגבי פגיעה נוספת, עובר לתאונה נחבלתי בידי השניה (שמאל) חבלה שטחית, וניתנו לי 2 ימי מנוחה.
6. הנני מצהיר כי זהו שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

  
שחר קסורלה

### אישור

בהיועדות חזותית

הנני מאשר בזה כי ביום 21/4/2025 ~~הופיע~~ עו"ד אריאל פרייברג, שחר קסורלה המוכר לי אישית, ולאחר שהוזהר כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו וחתם עליה.

  
אריאל פרייברג, עו"ד



מספר רשיון 124911  
טלפון 03-9596200  
פקס 03-9596210  
מחוז מרכז

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי  
רפואת משפחה  
דוד וולפסון, 31  
גולדרוזן - ראשון לציון

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 16/02/2025

## אישור מחלה

|              |             |                 |             |             |             |
|--------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| פרטי המטופל: |             | שם משפחה ופרטי: |             | קסורלה שחר  |             |
| מס זהות:     | 00307837773 | גיל:            | 31.07       | מין:        | ז           |
| ת.לידה:      | 21/07/1993  | ישוב:           | ראשון לציון | רחוב:       | הירקון      |
| מס בית:      | 6 / 5       | טלפון:          | 54- 9796445 | טלפון נוסף: | 54- 9796445 |

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: 13/02/2025 עד תאריך: 13/03/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 29

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

124911

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

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

16/02/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

00307837773

קסורלה שחר



מספר רשיון 124911  
טלפון 03-9596200  
פקס 03-9596210  
מחוז מרכז

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי  
רפואת משפחה  
דוד וולפסון, 31  
גולדרוזן - ראשון לציון

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 21/04/2025

## אישור מחלה

|                    |  |                  |  |              |  |                         |  |               |  |                    |  |
|--------------------|--|------------------|--|--------------|--|-------------------------|--|---------------|--|--------------------|--|
| פרטי המטופל:       |  | שם משפחה ופרטי:  |  | קסורלה שחר   |  | מס זהות: 00307837773    |  | גיל: 31.09    |  | מין: ז             |  |
| ת.לידה: 21/07/1993 |  | שוב: ראשון לציון |  | רחוב: הירקון |  | טלפון נוסף: 54- 9796445 |  | מס בית: 5 / 6 |  | טלפון: 54- 9796445 |  |

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: 13/03/2025 עד תאריך: 20/05/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 69

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

124911

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

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

21/04/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

00307837773

קסורלה שחר



\*\*\*סודי רפואי\*\*\*

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| שם משפחה: קסורלה   | שם פרטי: שחר        |
| ת. זהות: 307837773 | גיל: 31 מין: זכר    |
| מקרה: 12335249     | חדר ניתוח אמבולטורי |
| תאריך: 13/02/2025  |                     |

זמן הפקת התדפיס: 16:40 13/02/2025 ע"י דר' קרן תמרת

סיכום ביקור אמבולטורי

אבחנות בביקור

| Rec | MP | S/P | עיקרי | תאריך | צד    | קוד    | אבחנה                                                                  |
|-----|----|-----|-------|-------|-------|--------|------------------------------------------------------------------------|
|     |    |     |       |       | Right | 816.01 | CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND 4TH |

שם הניתוח

| למות | גניקולוגי | עיקרי | תאריך      | שיטה ניתוחית | צד | קוד   | ניתוח                    |
|------|-----------|-------|------------|--------------|----|-------|--------------------------|
|      |           | ✓     | 13/02/2025 |              |    | 79.34 | OPN REDUC-INT FIX FINGER |

סיכום רפואי

נותח במסגרת אשפוז יום בהרדמה מקומית. בוצע שחזור פתוח וקיבוע אצבע 4 ימין.

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך  
לא להרטיב את החבישה, יד מורמת במתלה או על כרית  
ביקורת במרפאת כף יד בעוד כ- 10 ימים  
אנטיביוטיקה - צפמזין 1000 מ"ג 3 פעמים ביום למשך 3 ימים  
בכל החמרה במצב - חום גבוה, כאבים גוברים או החמרה אחרת - יש לפנות לטיפול דחוף  
חופש מחלה - חודש

חתימות רופא

|                  |           |                       |
|------------------|-----------|-----------------------|
| זמן חתימה        | תפקיד     | שם החותם              |
| 13/02/2025 14:31 | רופא מסכם | דר' קרן תמרת מר 34190 |



תאריך 10.02.25



לכבוד:

קסורלה שחר

הירקון 5/6

ראשון לציון 7523705

א.ג.נ.,

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 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<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 , A.CT.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* |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>*****</p> <p>הרדמה כללית - צום מחצות</p> <p>*****</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <p>הערות</p> <p>מטופלים שיופיעו ללא כל הבדיקות, היעוצים הנדרשים והתחייבות כספית לא יתקבלו. למבוגרים/ מתבגרים בגיל העשרה: אין להגיע לניתוח עם איפור.<br/>חפצי ערך כגון: תכשיטים, כרטיסי אשראי וסכומי כסף ניתן להפקיד בכספת המיועדת למטרה זאת במשרד הקבלה בבניין המחלקה לרפואה דחופה (מיון).<br/>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.<br/>אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה.<br/>במידה ואין ביכולתך להגיע נבקש להודיע לנו בהקדם.</p> |  |

שם מנהל מחלקה: ד"ר אבישר ארז  
שם מחלקה: היחידה לכירורגיה של גף עליון