



בית משפט השלום בנתניה

23 אפריל 2025

ת"א 49749-04-25 כהן נ' "הפול" המאגר
הישראלי לביטוחי רכב

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 22/04/2025 בשעה (بالساعة) 13:44 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 49749-04-25 כהן נ' "הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו בתוך פרק הזמן הקבוע בהודעת המזכיר המשפטי, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו 077-3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852*. www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך 21.4.25

התובע: **גבריאל כהן, ת.ז. 034949776**

מרחוב גוש עציון 9/4, תל אביב
טלפון: 0546598477

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת: **"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב**

מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 819 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובע היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או הנוהג ברכב הנושא מספר רישוי 305-310-03 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע עובד עיריית תל אביב, עבודה פיזית מעצם טיבה וטבעה, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע לקבלת טיפולים רפואיים, נטילת משככי כאבים, טיפול לשיכוך כאב, טיפולי פיזיותרפיה והוא יידרש לכך גם בעתיד.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 29.1.24, בשעה 10:20 או בסמוך לכך, בדרך החרושת בקריית גת, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
9. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנה חבלה לברך ורגל ימין. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני פו בדיקות ומתן טיפול לשיכוך כאב, שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, מנוחה ונטילת תרופות לשיכוך כאב.
10. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות ברך ימין, עם נפיחות פנה לקבלת טיפול רפואי והופנה להמשך מעקב רפואי, ביצוע בדיקת MRI, הפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה בת 10 ימים.
11. נוכח כאבים במותן ימין עם המטוריה בשתן פנה התובע לקבלת טיפול רפואי והופנה לביצוע בדיקת אולטראסאונד והמשך מעקב.



12. בדיקת MRI שבוצעה לתובע הדגימה נוזל תוך פירקי ואות חריג אלכסוני מינימאלי בהיקף הקרן האחורית של המיניסקוס המדיאלי עם חשד לקרע פריפרי.

13. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה, ניתן לו טיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב והפניה להמשך מעקב וטיפול שמרני.

14. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות ברך ימין.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

15. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות ברך ימין, מקושי בכיפוף, כריעה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בעליה וירידת מדרגות, מהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מחוסר יציבות וקושי במעברים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

16. התובע עובד עיריית תל אביב, עבודת שטח, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה במאמצים פיזיים, מתקשה מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

17. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

18. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

20. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-----------|---|
| 110,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 12,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 4,350 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 10,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.



(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

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

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

23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייבוג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה ותעודת חובה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 30)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 34 עד 36)	34



נספח 1 :

אישור משטרה ותעודת חובה

(עמודים 7 עד 8)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 66768/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק א
תאריך 15/02/2024, ו' אדר תשפ"ד, 09:57
יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 29/01/2024 בשעה 10:20

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 20 ק"מ מס 16.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
30531003	אופנוע	הונדה איטליה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפול הישראלי	20376190037922300	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	34949776	כהן גבריאל	28/03/1979	ת"א - יפו, גוש עציון 9	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

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

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:

<https://www.pool.org.il>

כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו – ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, email: mail@pool.org.il, מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	203-762400520124-00	מס' רישוי	30531003	שם הסוכן	הפניקס - מטרוד	מס' הסוכן	7651
שם בעל הפוליסה	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")						
כחן גבריאל	סכום: 5,808.00 ש"ח						
כתובת בעל הפוליסה	שולם באמצעות בנק אגוד						
גוש עציון 9 תל אביב - יפו	חן: 063 - 20403/58						
	14:19 2/06/2024						

מס' שילדה	13A0PF025268	סוג רכב לצורך ביטוחו	אופנוע	שם היצרן והדגם	הונדה	נפח מנוע/הספק	330	משקל הרכב מועד עליה לכביש	2023	שנת ייצור/מס' נוסעים	כחוק
------------------	--------------	-----------------------------	--------	-----------------------	-------	----------------------	-----	----------------------------------	------	-----------------------------	------

סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע - נהג נקוב בשם	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד
------------------------------------	-----------------------	---

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 2/06/2024 מועד פקיעת הביטוח: 31/05/2025 בחצות.
פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר <https://www.pool.org.il>

ת"ז 34949776 כהן גבריאל בלבד

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בסעיף 7 (ב) בתחתית התעודה.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרות השימוש המותרות ברכב:
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א)(1) שבתחתית התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות:

כמפורט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים:

6(א)(2), 6(א)(3), 6(א)(4), 6(ב), 6(ג).

הרכבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS, כן, מע' EBA, לא, מע' CBS, לא, מע' ASC, לא, מע' ABS: כן

סה"כ

דמי ביטוח: 5,808.00 ₪

יום ושעת הוצאה: 2/06/24 14:20 מספר ימי ביטוח: 364

נפח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 45, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/ת: נהג, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2007, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת". פרטית

תעודה לביטוח רכב חובה

מטרות השימוש המותרות

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

(1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפיסקאות (2) עד (4) להלן;

(2) מטרות עסקיות של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("סטס") ומטרות עסקיות של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;

(3) מטרות עסקיות של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;

(4) מטרות עסקיות של חילוץ או גריירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרות זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג - תפעול או חוזה מקח - אגב שכירות (ליסינג מימון).

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12 (ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו - 2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצן כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה" - "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב למטרות שלא צוינו בפירוש בתעודת הביטוח.
פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב על ידי מי שלא הורשה בפירוש בתעודת הביטוח.

נשארי בדי המבטח לאחר התשלום בבנק

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

השבתה

(א) המבטח ימסור לבעל הפוליסה תעודת ביטוח חדשה כאמור בסעיף קטן (ה); צוינה ההשבתה בתעודת הביטוח כאמור בסעיף קטן (ה), לא יעשה שימוש של נסיעה ברכב או הנחיות, כאמור בהגדרת "שימוש ברכב מנועי" שבסעיף 1, ותוגבל חבות המבטח לפי טעמים 3 ו- 6 כך שלא תחול על שימושים אלה.

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 30)



תאריך ושעת ההדפסה: 13:05 29/01/2024
חסידי דפוא

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מר. 34136	אחות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6873852	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
תאריך לידה: 28/03/1979	גיל: 44	טלפון: 054-6598477
מין: זכר	מבוסס בקופה: מכבי	כתובת: גוש עציון 9/4 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6772032

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 11:00 29/01/2024 מספר מקרה: 13094364

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

חבלת ברך מימין במהלך נסיעה

מחלה נוכחית

בן 44 בריא בדר"כ.

מתקבל לאחר מעורבות בתאונה לדבריו במהלך נסיעה על אופנוע חבוש קסדה, חבלת ברך מבודדת מימין, נפל על צד ימין כאבים בברך, שולל חבלת ראש אובדן הכרה, פרכוסים או הקאות, מלין על כאבים בגב תחתון ללא תלונות נוספות

בקבלתו יצי הימודינמית ונשימתית

מדדים 36.9, ג'ד 154/95, ד 80, סט 94%

GCS 15

A ללא פגיעה בנתיב אויר ללא רגישות מידליין על פני עמ"א, חושם לרגישות פאראאורטברלית מימין אזור עמ"א מותני

B כניסת אויר טוה שוודד ו"צ, ללא צפצופים לל אחרחורים, בית חזה אלסטי ללא סימני חבלה, סט שמורה בא"ח

C ל"ד 154/95, ללא סימני קיפוח הימודינמי, פירפריה חמה.

D שמור נוירולוגית ללא אסמטריה בפנים, מניע 4 גפיים ללא חס רמטורי/סנסורי, כוחג ס שמור בכל הפגיים, עומד נושא משקל יציב

בהליכה

ללא הפרעה בתנועות עיניים ללא נסטגמוס.

ברך מימין יציבה ללא דיפורמציה, יישור כיפוף מלא, רגישות בהנעה

F לא נראה נוזל בכל התחנות, לא נראה תפליט פיריקרדיאל.

לסיכום כמתואר חבלת ברך מבודדת מימין במהלך נסיעה על אופנוע ללא חבלות נוספות, שולל חבלת ראש אודן הכרה פרכוסים או

הקאות, ללא איבוד שליטה על סוגרים

הדמי לא נראה ממצא חבלתי טר

טופל באנגלסקה עם השפעה טובה

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED	E819.9			✓			

שם: גבריאליהן	ת"ד: 34949776	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	---------------	-------	----------------------------

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
12:01 29/01/2024	5

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב
12:01 29/01/2024	5

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מחזרה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
ABITREN INJ 75 mg	Once	12:18 29/01/2024 קנבליזב אוזה	INJ 75 mg I.M
OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg	Once	13:03 29/01/2024 אליאס רוטי	mg I.V 1000

סיכום

כמתואר תאונת דרכים חבלת ברך מבודדת , בדיקה גופנית כמתואר, הדמיה לא נראה ממצא חבלתי טרי
טופל באנלגטקה עם השפעה טובה
משוחרר בהמלצות הבאות

המלצות כלליות

המלצה: #אנלגטקה לפי מרשם

#מנוחה

#מעקב רופא/ה מטפל/ת, יש לפנות עם מכתב זה

#בכל החמרה יש לפנות לעזרה רפואית.

בריאות שלמה!

חופשת מחלה: 4 ימים.

תרופות ממלצות

מרשם	הערות	יחידות ליפוק	אריזות ליפוק	משך	חזירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓ סיכון גבוה לנפילות במבוגרים				5 ימים	ביום X 2	1 tab	P.O	ZALDIAR FC TAB 37.5 mg/325mg (TRAMADOL HCL,PARACETAMOL)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא חוצא ונכפולן

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
אליאס רוטי	אח/ת משחררת	29/01/2024 13:04

רופאה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר עוסמאן בילאל מ.ר. 1147198	רופא/ה משחרר	29/01/2024 12:44

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים מלווים

טופס הזמנה לרנטגן מ"ן

מתאריך: 29/01/24 שעה: 11:35

נתונים דמוגרפיים שם: כהן גבריאל ת.ז.: 3494977-6 מקרה: 0013094364 גיל: Y44 מין: זכר

פרטי ההזמנה

יחידה רפואית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה
יחידה סיעודית מזמינה: מלרד
חדר-/מיטה:
טלפון ביחידה המזמינה: 3686
מספר הזמנה: 37311346

תאריך רצוי: שעה רצויה: עדיפות: ללא עדיפות ד.ד.הום:

נתוני הזמנה

תולדות מחלה: תאונת פנוע
רשימת שאלות: 000
אבחנה:

סוג שינוע:

מאפיינים מיוחדים:

שירותים מוזמנים

שירות	תיאור שירות	טקסט משלים	לוקליזציה	כמות	צום
ME10154	צילום עמוד שדרה מותני		שני צדדים	1	
ME10181	צילום עצמות האגן		ללא	1	
ME10186	צילום ברך		לוקליזציה	1	
			ימין	1	

חתימה

מ.ר.ר.

רופא מזמין: סא.אבו עטנ

תאריך הדפסה: 04/02/2024

מרכז שירותי בריאות

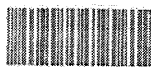
מ.ר. גורם מפנה

ד"ר בין אברהם

אורתופדיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0052224870



018667

קוד הפניה: 362836388

טלפון: 03-6944633

פקס: 03-6380333

כתובת: דבטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לדה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

הפניה למכון דימות - M.R.I.

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב
(M.R.I.) תהודה מגנטית
20 הברזל
69710

03-7644444

תלונות:

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-28.1.2024 ופגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים:

נפיחות בגלל נוזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטום מניסקואלים
חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות ידועות:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

מעשלות: כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (ימין)

שאלה לרדיולוג:

בשאלה של קרע במניסקוס או אחר

מידע נוסף	פירוט
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	הוצאה	בדיקת מעבדה
18/10/2021	2.3 שנים		Creatinine 0.8
18/10/2021	2.3 שנים		eGFR 110

שם הרופא: ד"ר בין אברהם

תאריך: 04/02/2024

תוקף ההפניה ל-270 יום, מונאריך - 04/02/2024 עד תאריך - 31/10/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 04/02/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 362836509

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6360830

ד"ר בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: דבטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		
0034949776			

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Creatinine (B) - 02565

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפניה זו אין צורך בצום.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון 3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (אונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 04/02/2024 עד תאריך 04/05/2024.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

מ.ר. ס.ר. מ.ר. ס.ר. מ.ר. ס.ר.



תאריך: 04/02/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 362835799

מלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

ד"ר בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מ.י.ז:	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים: נפיחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מפרקי פנימי טסטים מניסקלים חיוביים למניסקוס פנימי

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: לטיפולכם המסור בברך ימין

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/02/2024 עד תאריך - 02/08/2024

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

04/02/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

דר' בין אברהם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 18667

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון

טלפון: 03-6944693

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה כהן	שם פרטי גבריאל	שם האב אביגדור	מס' זיהוי 34949776	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב תל אביב - יפו	רחוב גוש עציון	מס' 9	מיקוד 6772032	שנת לידה 1979
חבר (כל)	כ	מקצוע פועל	טלפון 0546598477	שם המעביד וכתובתו ערית תא
ת. פגיעה 29/01/2024	שעה 10:20	התעסקות בשעת הפגיעה נסיעה הביתה		
האיבר שנפגע ברך ימין	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

הממצא הקליני:

נפיחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בקדק מפרקי פנימי סטטים מניסקאליים
חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ימים, היינו מיום: 29/01/2024 עד יום: 08/02/2024 (בכלל)

04/02/2024

תאריך הבדיקה

חתימה וחומת הרופא

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסד לביטוח
לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על
אחריותו הבלעדית של הנפגע.

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

תאריך פתיחת הבקשה: 04/02/2024 פותח הבקשה: דר' בין אברהם

נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

מס' רשיון: 018667

שם הרופא: דר' בין אברהם

ת.ז. רופא: 52224870

טלפון: 03-6944693

מקצוע: אורתופדיה

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות:

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים:

נפוחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים
חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות פעילות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

• FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

שאלה	תשובה
קלמטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך: 18/10/2021

creatinine: 0.8

תאריך: 18/10/2021

eGFR: 110

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בשאלה של קרע במניסקוס או אחר

תשובת מרכז דימות

הבדיקה והדושה	סטטוס	תאריך	כמות
MRI ברך (ימין)			1

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

הסטוריה:

סטטוס ההפנייה: בהמתנה

סטטוס	תאריך	תיאור
בהמתנה	04/02/2024	

תאריך: 4/02/2024
שעה: 16:54:54

ת.ז.: 34949776 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 30/01/2024

שם: כהן

איכילוב-סוראסקי (בי"ה/קורן) (1201)
חדר מיון כללי

בית חולים
חדר מיון
ויצמן

6

64239

טלפון: 03-6974444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 240220276

היננו מאשרים כי כהן גבריאל ת.ז.: 34949776
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 44

לשימוש המוסד נותן השרות:

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
034949776	240220276	29012024

קוד מס CPT	קוד	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך יציאה	כמות
1	99245	01 ביקור במלר"ד-תשלום גלובל	99281	29/01/2024	1	1

ישוב: תל אביב-יפו מרכז רפואי: יד-אליהו
מתאם שרות: בלה סוליימנוב
58 לה גרדיה טל: 03-6307222

התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

נספח להתחייבות מספר 240220276:

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו תקפה למשך 24 שעות, עבור ביקור בחדר מיון בלבד.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

תאריך ושעת ההדפסה: 08:38 19/02/2024
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוגל לפסולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראי/ת: מרבן רוזנבליט
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
תאריך לידה: 28/03/1979	גיל: 44	טלפון: 054-6598477
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: גוש עציון 9/4 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6772032

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 06:55 19/02/2024 מספר מקרה: 13109785

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית
הימטוריה



אבחנות במיון

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			599.70	HEMATURIA

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

בדיקת שתן

תאריך ושעה	שתן כללית	תרביית שתן
08:19 19/02/2024		
07:22 19/02/2024	בוצע	בוצע

נקזים וצנתרים

תאריך ושעה	VL1 הכנסה
07:23 19/02/2024	בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	חטיבת בטן
07:22 19/02/2024	בוצע

סיכום

המטוריה קצרה ללא כאב מותני עם הרגשת כאב בפין.
ברור סול שתן כללית ומעבדה עם המטוריה מינימלית ומדדי דלקת תקינים.
יתכן והעביר אבן אך שולל כאבים.

המלצות כלליות

שם: גבריאלי כהן	ת"ז: 34949776	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
-----------------	---------------	-------	----------------------------

המלצה: סוגר דרכי שתן בקהילה תוך מעקב רופא מטפל ואורולוג
 שתייה מרובה
 שתן ליציטולוגיה בהחלטת רופא מטפל
 חופשת מחלה: 3 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונשלח

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	19/02/24 07:24	19/02/24 07:20
תפקודי קרישה			
PT, Sec - blood	Sec	10.03 - 12.43	9.70 ↓
PT, INR		0.97 - 1.19	0.89 ↓
PTT	Sec	25.00 - 34.00	29.00
ספירת דם			
RBC	10e6/ μ L	4.3 - 5.8	5.6
Hemoglobin	g/dL	13.2 - 17.0	15.7
HCT	%	39 - 49	46
MCV	fL	80.0 - 96.0	81.8
MCH	pg	26.0 - 34.0	27.9
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	34.1
RDW	%	0.0 - 15.0	13.5
NRBC/100 WBC	%		0.1
WBC	10e3/ μ L	4.0 - 11.0	8.3
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	58.1
Neutrophils No.	10e3/ μ L	1.4 - 6.0	4.8
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	28.4
Lymphocytes No	10e3/ μ L	1.2 - 3.0	2.4
Mono%	%	2.0 - 13.0	9.6
Monocytes No.	10e3/ μ L	0.0 - 1.3	0.8
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	2.9
Eosinophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.4	0.2
Basophils%	%	0.0 - 1.9	1.0
Basophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.2	0.1
Platelet, automated count	10e3/ μ L	150 - 450	278
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	7.7
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			2.0
כימיה בדם			
Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	116 ↑
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	11
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	138.0
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5.30	3.90

* בדיקות	ערכי ייחוס	19/02/24 07:24	19/02/24 07:20
Chloride - blood	mmol/L 95 - 110	106	
Creatinine	mg/dL 0.70 - 1.30	1.00	
Bilirubin, total - blood	mg/dL 0.10 - 1.20	0.38	
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood	U/L 8 - 39	39	
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	U/L 6 - 42	36	
CRP (WIDE RANGE)	mg/L 0.00 - 5.00	10.50 ↑	
Lipase - blood	U/L 12 - 51	33	
eGFR	ml/min/1.73m 60 - 200	91	
גזים בדם			
Actual base excess - venous blood			1
pH - venous blood	7.320 - 7.420		7.355
pCO2 - venous blood	mmHg 38.0 - 52.0		51.2
Base excess/deficit - venous blood	mmol/L -3.0 - 3.0		2.4
pO2 - venous blood	28.0 - 48.0		35.1
HCO3 (Bicarbonate) - venous blood	mmol/L 19.0 - 25.0		28.0 ↑
tCO2 - venous blood	mmol/L 23.0 - 28.0		29.5 ↑
Carboxyhemoglobin - blood	% 0.0 - 2.0		5.3 ↑
Methemoglobin, quantitative - blood	% 0.0 - 1.5		0.3
Calcium, ionized - blood	mmol/L 1.15 - 1.35		1.19
Oxyhemoglobin - blood	% 40 - 70		68
Deoxyhemoglobin - blood	% 30.0 - 60.0		26.5 ↓
Hemoglobin, total - venous blood	g/dl 12.0 - 18.0		15.7
Chloride, direct - blood	mmol/L 95.00 - 105.00		102.00
Glucose, direct - blood	MGDL 70 - 115		121 ↑
Potassium, direct - blood	mmol/L 3.60 - 4.80		3.98
Sodium, direct - blood	mmol/L 135.00 - 145.00		141.30
SO2 (Oxygen saturation), estimated - venous blood	% 70.0 - 75.0		63.9 ↓
Lactate (lactic acid) - blood	mmol/L 0.50 - 2.20		1.25

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
כהנא יחונת	אחות משחררת	19/02/2024 08:38

רפואה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר סרוב יעקב מ.ר. 17862	רופא/ה משחרר	19/02/2024 08:36

ד"ר סרוב יעקב מ.ר. 17862

רופא/ה משחרר

19/02/2024 08:36

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים מלווים

בימים אלה, כולנו ביחד.
אנחנו כאן באיחילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוקה לסייע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסייע משרד הרווחה וביטחון חברתי - 118



**מנצחים
ביחד**

מטופלות/ יקר/ה

בימים אלה, כולם עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.

להלן מספרי טלפון לסייע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מירע אודות זכויות www.kolzechut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

שם: גבריאל כהן	ת"ז: 34949776	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	---------------	--------	----------------------------

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, ממלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב חום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



תאריך: 08/02/2024

מכבי שירותי בריאות

יעל וורמברנד

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



0066144916



123158

קוד הפניה: 363718014



טלפון: 03-7910100

פקס: 073-2132119

כתובת: דרך ההגות 41, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: גבריאל	שם משפחה: כהן	ת.ל.י.:	28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	ת.ז.:	34949776
טל.עבודה/נייד: 0546598477	מיקוד: 6772032	כתובת:	גוש עציון 9, תל אביב - יפו	ת.ל.י.:	0034949776		

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

קוד

5256

6705

כליות ודרכי השתן

בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: כאבים

תלונות: משבוע שעבר כאבים מותן ימין לסירוגין, ללא תלונות GU או GI

בעברו סבל מכאבים דומים
כאב אים מופק בלחיצה

אבחנה:

- FILL OUT FORMS
- FLANK PAIN

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

08/02/2024

מרכז דימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך

חתימה וחוקת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/02/2024 עד תאריך - 06/08/2024

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

- צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.
- במשך שעה לפני הבדיקה יש לשתות 4 כוסות מים.
- לא להטיל שתן (יש להגיע עם שלפוחית מלאה).

מכון MRI

הנדון: כהן, גבריאל, ת.ז.: 034949776 תאריך לידה: 28/03/1979

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 11/02/2024

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברכי ימין

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטליות PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 - PD עם דיכוי שומן ואקסיליות PD עם דיכוי שומן. לא הובאו בדיקות קודמות להשוואה.

התוויה קלינית: מעקב אחר חבלה.

ממצאים:

מודגמים שינויים OA במדור הלטרלי המתבטאים בהיצרות המרווח הפירקי, דלדול הסחוס הפירקי, יצירת אוסטאופיטים בשולי המדור ובצקות לשדיות משני צידי המפרק.
מודגמת בצקת לשדית מינימאלית העשויה להתאים לקונטוזיה בהיקף הקונדיל הפמורלי המדיאלי.
מודגם מצב לאחר שחזור רצועת ה-ACL. הרצועה המשוחזרת מודגמת המשכית ובעמדה תקינה.
שאר הרצועות וגיד הפופליטאוס מודגמים שמורים.
מודגם מצב לאחר מניסקטומיה לטרלית חלקית נרחבת. גוף המניסקוס הלטרלי מודגם קטום עם אות חריג אלכסוני לרוחבו, כנראה שינוי פוסט ניתוחי.
מודגם אות חריג אלכסוני מינימאלי בהיקף הקרן האחורית של המניסקוס המדיאלי המגיע קרוב מאוד למשטח הפירקי התחתון, לא ניתן לשלול בוודאות קרע פריפרי.
מודגמים סדקים בסחוס המכסה את האספקט התיכון של הקונדיל הפמורלי המדיאלי עם מוקד ציסטי תת קורטיקלי זעיר בסמוך.
המנגנון המיישר מודגם תקין.
סחוס הפיקה שמור.
הודגם נוזל תוך פירקי בכמות קטנה, ציסטה פופליטיאלית מודגמת בקוטר 9 מ"מ במישור הצדדי פנימי.

לסיכום: כמתואר.

גברכה,
ד"ר פרידמן יהודה
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 21558

הוקלד על ידי: טלי יופליס
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה ינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכו"צ צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



ד"ר בין אברהם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 18667

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פ, ראשון לציון

טלפון: 03-6944693

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
כהן	גבריאל	אביגדור	34949776	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
תל אביב - יפו	גוש עציון	9	6772032	1979
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
035372871	טלפון 0546598477			

תוצאות הבדיקה:

בבוקר בתאריך 04/02/2024 בשעה 11:31:02 נפוחות בגלל נוזל בברך ימין רגישות בסדק מפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי

בבוקר בתאריך 20/02/2024 בשעה 16:00:46 MRI שינויים שחיקתיים במדור הלטרלי בצקת בצד המדיאלי המתאימה לקונטוזיה בקונדיל המדיאלי מצב לאחר מניסקטומיה במניסקוס החיצוני קרע פריפרי במניסקוס הפנימי שינויים קלים בסחוס הקונדיל הפמוראלי הפנימי נוזל בכמות קטנה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• ARTHRALGIA

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 29/01/2024

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 7 ימים, היינו מיום: 09/02/2024

עד יום: 15/02/2024 (בכלל).

20/02/2024

חתימה וחזות הרופא

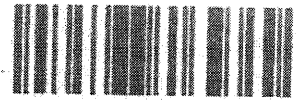
תאריך הבדיקה



מס מרשם: 1703069
תוקף מ: 29/01/2024 עד: 12/02/2024

טלפון סלולרי:

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה מונבילה ואנושית



34949776

כהן גבריאל

תולדה: 28/03/1979

מין: זכר

גיל: 44.10

כתובת: גוש עניון 9/4 תל אביב - יפו טלפון: 054-6598477

תל אביב-יפו

מיקוד: 6772032

גורם מבטח: מכבי

קופה: מכבי

TAB ZALDIAR FC TAB 37.5
mg/325mg (TRAMADOL
HCL, PARACETAMOL)

1 tab

ביום-2

5 ימים

הוראות לשימוש:

2 X tab 1 P.O (שתיים) פעמים ביום למשך 5 (חמישה) ימים

סיכון גבוה לפעילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

מסמך זה הוא חלק מהרשומות הרפואיות

29/01/2024

אליאס רוני

מ.ר.

אינלוב המחלקה לרפואה חופה 03-6973232

תאריך: 10/04/2024

מ.ר גורם מפנה



176277

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

30/04/2024

טלפון: 03-8307222

פקס: 073-2284287

כתובת: לה גאריה 58, תל אביב - יפו

אלקתר שי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקד: 10/04/2024

ת.ז.: 34949776

לכבוד דר' דר' בין אברהם

מרת כהן גבריאל

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ARTHRALGIA

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
ייעלה וירד 25 מדרגות לדירת חמתו עם קושי קל	הושלם		25/02/2024
יילך 200 מטר ללא קושי	הושלם		25/02/2024
ישב 10 דק ביתר קלות עם הפחתה בעוצמת כאבים 7-8 VAS	הושלם		25/02/2024

טופל החל מ- 05/02/2024

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	30	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	10	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכלול:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

TELEPHONE TREATMENT
EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION TREATMENT TREATY
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 11 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

חתימה

תאריך: 10/04/2024

מ.ר. גורם מפנה



176277

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

30/04/2024

אלקחור שי

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-6307222

פקס: 073-2234287

כתובת: לה גאודיה 58, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרת הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות: מטרת הושג, טווחים מלאים. ללא קושי בתפקוד פרט לכריעה. מתרגל בבית.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: יד אליהו מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: אלקחור שי

☒ הפק ללא הדפסה



חתימה

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 32 עד 32)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25 /

בבית משפט השלום
בנתניה

גבריאל כהן - נ ג ד - "הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב

התובע, גבריאל כהן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים "איכילוב" בתל אביב ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 34 עד 36)



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 21 לחודש 7 שנה 2025

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אור

מרשי

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה: כהן שם פרטי: עזריאל תעודת זהות: 034949776 שם האב: אברהם
 מס': 9 עיר: תל מיקוד: 67720 טלפון: 054-698477 רחוב: מנחם

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

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

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

חלק ב'
 שם קופ"ח: NCI סניף: מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: 21.4.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
 חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
 ייפוי כח _____
 הרניי מייפה את כוחו של: _____
 לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל
 שם פרטי ושם משפחה: _____
 תאריך: _____