

התובעת:

ג'נט ביטון, ת.ז. 077233914
מרחוב שמחה הולצברג 6 בת ים
טלפון: 052-3423146

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

– נ ג ד –

1. הנתבעות:

עיריית בת ים
מרחוב חשמונאים 27, בת ים 5144503
טל': 03-5556457; פקס: 03-5556456
דוא"ל: rozenr@Bbm.org.il

2.

חב' מי בת ים - תאגיד מים וביוב בע"מ
מרחוב רוטשילד 27 בת ים, 59315
טל': 035556433. פקס: 03-5545221
דוא"ל: sherut1@mei-bat-yam.co.il



מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

בית המשפט:

791 ש"ח (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

תיקים קשורים:

לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.

כתב תביעה

הזמנה לדין

הואיל והתובעת הגישה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתה מוזמן להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגיש כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018 תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

א. תיאור תמציתי של בעלי הדין:

1. הנתבעת 1 הינה רשות מקומית/מועצה אזורית הפועלת על פי דין, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה הבעלים ו/או המחזיקה ו/או האחראית לתחזוקת המדרכות והכבישים בתחום שיפוטתה.
- 2.
3. הנתבעת 2 הינה תאגיד מים וביוב הפועלת על פי דין, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה האחראית על פי חוק "חוק תאגידי מים וביוב, תשס"א-2001" למערכת הולכת הביוב בתחומי העיר בת ים
4. התובעת, ילידת 27.2.1937 נפגעה כתוצאה ממפגע אשר מצוי בשטחם ובאחריותם של הנתבעות.

ב. הסעד המבוקש:

5. התובעת נפגעה בתאונה כתוצאה מרשלנותן של הנתבעות, במעשה או במחדל, ו/או כתוצאה מהפרת חובות חקוקות על ידן ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה.
6. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
7. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מוגבלת התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות היא נזקקת למעקב רפואי, טיפולים, עזרת הזולת ותיזקק לאלה גם בעתיד.
8. עקב התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, מתקשה התובעת בניידות ונזקקת להוצאות בגין עזרת הזולת והוצאות נסיעה מוגברות.

1. לחלו פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|------------|---|
| 25,000 ש"ח | (1) הפסדי השתכרות/גריעה מכושר ההשתכרות בעבר- |
| 45,000 ש"ח | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 18,000 ש"ח | (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר– |
| 21,000 ש"ח | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה-רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:

2. בתאריך 5.3.24, עת הלכה ברחוב הרב שאול בר, בבת ים, נתקלה התובעת במפגע בדמות שקע היוצר בור במדרכה והתובעת נפלה ונחבלה בגופה (להלן: "התאונה").

רצ"ב תמונות המפגע ותשובת הנתבעת 1 לדרישה שהופנתה, מסומנים "כנספח 1".

3. התובעת תטען כי המדובר הוא במפגע מסוכן אשר היה בבעלות ו/או בשליטתן הנתבעות ומן הטעם הזה על הנתבעות להוכיח כי לא באשמתן אירעה התאונה.



4. לחילופין, תטען התובעת, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעות ו/או עקב התרשלותן, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

(א) לא דאגו ו/או לא פיקחו על המדרכות ולא דאגו להסיר מכשולים/מפגעים.

(ב) לא דאגו לבטיחות התשתיות המוצבות בעיר.

(ג) לא דאגו לתקינותן ולתחזוקתן הראויה התשתיות העירוניות, למרות שצפו או צריכים היו לצפות שהולכי הרגל עלולים להיפגע מהמפגע.

(ד) לא הזהירו את הולכי הרגל מפני המפגע.

(ה) לא דאגו להסרת המפגע.

(ו) לא דאגו לגדר את המפגע.

(ז) לא עשו דבר או לא עשו די למניעת התאונה.

(ח) נהגו בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(ט) לא נהגו כפי שעיריה ותאגיד ביוב סבירים וזהירים היו נוהגים בנסיבות דומות.

(י) הפרו את חובותיהם החקוקות בסעיפים 235, 249 (29) לפקודת העיריות (נוסח חדש) ואת סעיף 38 לחוק תאגידי מים וביוב.

5. התובעת אשר נחבלה בראשה, בפניה וביתר חלקי גופה פנתה לקבלת טיפול רפואי במסגרת מרפאת קופת החולים כללית בבת ים, שם אובחנו שטפי דם באף, מתחת לעיניים, פצע פתוח ומדמם בשפה התחתונה וחבלות בגב, בכתפיים ובבית החזה.

6. נוכח חומרת החבלות והחשש מפגיעה מוחית, הוחלט להפנות לבית החולים "וולפסון" בחולון, שם אובחנו, בין היתר, המטומות בפנים, חתך בשפה וחבלה בגשר העף, הוחלט להפנות לביצוע בדיקת הדמיה על מנת לשלול שברים ודימום מוחי, משנשלל החשד לפגיעה מוחית, שוחררה התובעת לביתה, תוך הנחייה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי, הכולל הערכה גריאטרית ומנוחה.

7. התובעת סבלה מכאבים והגבלה בטווחי תנועה של כתף שמאל, בדיקת אולטרא-סאונד שכונה לכתף שמאל הדגימה קרע מלא בגיד הסופראספינטוס ובמסגרת מעקב אורתופדי בקהילה הוחלט להפנות לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ונוגדות דלקת והמשך מעקב רפואי.



8. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה וטיפולים משלימים, נוכח גילה ובשים לב לחבלותיה נאלצה התובעת לפנות למסגרת פרטית, חרף הטיפולים לא הושגו המטרות, התובעת נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות כתף שמאל והוחלט להפנות לביצוע המשך טיפול בניית תוכנית טיפולית והמשך נטילת משככי כאבים.

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

9. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות כתף שמאל, מכאבי ראש, מקושי בהרמה, קושי באחיזה ונשיאה, מקושי בכיפוף והרמה, מכאבים עזים, והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

10. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה ובביצוע פעולות יומיומיות, היא נזקקת לעזרת הזולת באופן מוגבר ותיזקק לה גם בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרמו לתובעת הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות והיא תיזקק להוצאות אלה גם בעתיד.

ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

12. הנתבעות חייבות לפצות את התובעת, ביחד ו/או לחוד בגין אחריותן לתאונה כמפורט.
13. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.
14. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעות.
- אשר על כן, מתבקש כב' ביחמ"ש להזמין את הנתבעות לדין ולחייבן, לפצות את התובעת 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 פרייברג, עו"ד
62254
אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תמונות המפגע (עמודים 8 עד 12)	8
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 25)	14
נספח 3: יפוי כח ווסר (עמודים 27 עד 29)	27



נספח 1 :

תמונות המפגע

(עמודים 8 עד 12)













פדרבוש - בן סימון משרד עורכי דין
Federboush – Ben Simon Law Office

רח' עזה 52, תל אביב-יפו 6818145, 52 Aza st., Tel-Aviv

נייד: 054-651252 Cell: 03-6488383 טל: 03-6488383 פקס: 03-6488384 Fax: talib_s@netvision.net.il

תל אביב, 15 בספטמבר 2024

מבלי לפגוע בזכויות

מספרנו: 1161/1336

בדואר רשום + אישור מסירה

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

דרך אבא הלל סילבר 7,

בית סילבר, רמת גן.

ח.נ

הנדון: הגב' ג'נט ביטון – ת.ז. 077233914, אירוע נטען מיום 5 במרץ 2024.

בשם מרשנו- עיריית בת-ים, אני משיבה לך על מכתבך שבנדון כדלקמן:

1. מכתבך מיום 10 ביולי 2024 התקבל בעיריית בת-ים והועברה לטיפול משרדנו.
2. עם קבלת מכתבך נעשה הבירור המתחייב בעירייה עם הגורמים המקצועיים הנוגעים בדבר.
3. העולה מן המכתב שנשלח, מהתמונות שצורפו לו ומבירור שנעשה הוא כי המפגע הנטען במסגרת הליך זה הוא אכן בור ביוב. ולפיכך ככל שיש ממש בטענותיה של מרשתך- והעירייה אינה מביעה בעניין זה עמדתה מוטב ועד רע, הרי שעליה לתבוע את נזקה- ככל שאכן נגרם לה נזק, מתאגיד המים והביוב של העיר בת-ים- חב' מי בת-ים תאגיד מים וביוב בע"מ, שהוא תאגיד סטטוטורי האחראי על- פי חוק למערכת הולכת הביוב בתחומי העיר בת-ים, הנפרד מהעירייה. ודוק: על פי סעיף 6 לחוק תאגידי מים וביוב, מנועה העירייה לעסוק בתשתיות הביוב בתחומה, ולפיכך אף אינה אחראית להם.

4. רצ"ב פרטי ההתקשרות עם תאגיד זה לצורך העברת התלונה המפורטת במכתבך:

- חב' מי בת-ים- תאגיד מים וביוב בע"מ
- טלפון: 1-800-65-00-11
- 03-5556433 או 107
- כתובת: רוטשילד 29 בת-ים.
- מען למכתבים: ת.ד. 4200 מיקוד 59315
- כתובת מייל לפניות הציבור: sherut1@mei-bat-yam.co.il

5. נא הפנה טענות מרשתך למען זה.

6. אנו לרשותך, כמובן, לכל הבהרה נדרשת בקשר עם מכתבנו זה.



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 25)





מספר רשיון 112027
טלפון 03-6285500
פקס 03-6805090 / 03-6285510
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מאיה ממיסטרוב
תחום רפואת משפחה
כתובת רוטשילד 29, בת ים
מרפאה רוטשילד - בת ים

תאריך: 05/03/2024 3:30

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ביטון גנט
מס זהות: 00077233914	ת.ל.ידה: 27/02/1937	ישוב: בת ים
רחוב: הולצברג שמחה	מס בית: 2 / 6	א טלפון: 52-3423146
טלפון נוסף: 52-3423146		

מספר הפניה: 35653021678

גורם שולח



5653

מספר הפניה



035653021678

תז נבדק



77233914

מספר רשיון



112027

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY

תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות
היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים.
שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד
בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה -
ללא דימום כעת
ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנט
לציין בבדיקה במרפאה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בנותרת
קבלה חיסון לטטנוס במרפאה
מופנית למיון

סימנים חיוניים: גובה 154 13/03/2023 משקל 56 13/03/2023 bmi 23.61

לחץ דם 177 / 75 05/03/2024

דופק 79 05/03/2024 סדיר

EF (%) 60 עודכן ב 09/06/2020 eGFR 67.9 מתאריך 10/05/2023

סטורציה (%) 97 05/03/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

דף 1

05/03/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מאיה ממיסטרוב 0077233914

הפניה למיון

ביטון גנט

הפניה למיון

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **ביטון גנט**

ת.ל.ידה: 27/02/1937

מס בית: 2 / 6 א טלפון: 52-3423146

מס זהות: 00077233914

רחוב: הולצברג שמחה

טלפון נוסף: 52-3423146

גיל: 87.00

מין: נ

מספר הפניה: 35653021678

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון

5653

035653021678

77233914

112027

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY



תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים. שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה - ללא דימום כעת ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנטי לציין בבדיקה במרפאתה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בנותרת קבלה חיסון לטטנוס במרפאה מופנית למיון

10/05/2023

סימנים חיוניים:	גובה	13/03/2023	משקל	56	13/03/2023	bmi	23.61
לחץ דם	05/03/2024	177 / 75	סדיר	05/03/2024	79	מתאריך 10/05/2023	67.9
דופק	05/03/2024	97	סטורציה (%)	97	05/03/2024	eGFR	60
עודכן ב 09/06/2020							
מתאריך 10/05/2023							

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

מגילוי	איפיון	בעיה
01/07/2013		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING
01/02/2014		TINEA CAPITIS
01/02/2014		INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN
01/02/2014		WEAKNESS
24/09/2020		DISTURB MEMORY/CONCENTRATION
24/09/2020		CONSTIPATION
24/09/2020		CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR
20/08/2020		DIZZINESS AND GIDDINESS
15/11/2020		

no

מידע ישן

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

Ti- H

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		1 טיפות -	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	1 טבליות	1	ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	1 טבליות	1	ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	1 יחידות	1	ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	1 טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	1 טבליות	1	ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<=>T 150mg	1	1 טבליות	1	בחודש
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	1 טיפות	1	ביום
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	1 טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	1 טבליות	1	ביום

נחתם דיגיטלית

112027

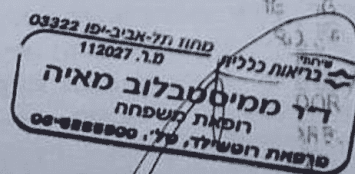
ד"ר מאיה ממיסטבלוב

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



סלולר 05

828

283
מיטה מס'
5



וולפסון. זה בית.

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

חלקה

כניסה

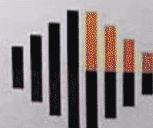
מיון : ר"ד מהלכים / מיון טראומה מקרה: 11694098
מ.ז. : 4-7723391 שם: ביטון גנט
אב : משה כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים מיון: נ
סוג : אזרח טל: 052-3423146 ת.לידה: 27.02.1937
קופ"ח: כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : נפילה, חבלה, חתך
ת.קבלה: 05.03.24 18:53
מפעיל: MALIZ
מ.ר. וולפסון



צוות המחלקה לרפואה דחופה מקדם אותך בברכה!

אנו מודעים לחששותיך ומתחייבים לעשות ככל שניתן כדי לסייע לך ולהקל על כאבך.
סדר הטיפול במטופלים נקבע ע"פ דחיפות ושיקול הדעת של הצוות.

שירות וולפסון שלי - גישה מהירה למסמכים הרפואיים שלך
תוצאות בדיקות דם | בדיקות דימות | סיכומי ביקור ועוד
הכניסה תתאפשר למי שפרטי הנייד שלו מעודכנים במערכת, לצורך ביצוע תהליך ז
לכניסה לשירות סרקו את QR קוד או היכנסו לאתר המרכז הרפואי



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408

רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:
סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסיון יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: בת ים הולצברג שמחה 6/1 בת ים

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 05/03/2024 שעת קבלה: 18:53 מספר ביקור: 11694098

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 06/03/2024 שעה: 00:00

יעד השחרור: לביתו/ה



אבחנות

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			959.01	HEAD INJURY, UNSPECIFIED

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: נפילה/מעידה

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני
דרך הגעה: מלווה

תלונת החולה בקבלה למיון

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גוט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם חממן: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בת 87

לדבריה מעדה וחבלה בפנים ללא איבוד הכרה ,

בבדיקתה GCS 15 , שפשוף בשפה ונפיחות בגשר אף ללא דמם במצח

צוואר ללא רגישות

בית חזה ללא חבלה

בטן רכה ,

גפיים ללא חבלה ,

CT ראש :

תרופות שניתנו במלר"ד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
NORMOPRESAN TAB 150 mcg	Once לד 182/72	20:36 05/03/2024	TAB 150 mcg PO
דבוש ליאור מר. 240549			

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 150 mcg	TAB	05/03/2024 20:36	Once Rate from nurse:0 לד 182/72	NORMOPRESAN TAB 150 mcg
PO				

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	גפה	אופן מתן חמצן	הכרה
23:10 05/03/2024	86	108/64			
19:32 05/03/2024			Rt arm	אוויר חדר	הכרה מלאה

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקות עזר ברכיב

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT ראש	05/03/2024	תאריך הפענוח: 05.03.2024 שעת הפענוח: 23:31:24 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי: התוויה: חבלת ראש. אין בתיק בדיקות קודמות להשוואה. ממצאים: מעבר קרניוצרויקלי בגדר הנורמה. חדרים, ציסטרנות וחריצים מתאימים לגיל. צפיפות החומר האפור והלכן תקינה. אין עדות לממצא פוקלי ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה או סטית קו האמצע. איורור תקין של מערות הפנים. המטומה פריאורביטלית מימין. מבני ארובה תקינים ד"צ. מבנה גרמי- חסר גרמי באזור האף משמאל. ללא עדות לשברים. לסיכום: ללא עדות לדימום מוחי או שברים. ——— גרינברג נועה מספר רשיון: 159119

סיכום ודיון

בת 87 התקבלה למיון עקב נפילה חבלת ראש. במיון חולה עברה CT ראש- ללא עדות לשברים או דימום תוך גולגולתי.
במצב כללי יציבה. משתחררת הבית.

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך ההדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		05/03/2024 19:32 4	וודאג' מסלה

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

דיווח: המטופל.ת הודרכה בשלבי הטיפול במלר"ד חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 19:32 05/03/2024	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
עצמת הכאב	0

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל.
נגד כאבים לפי צורך.

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.
3. יש לפנות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה.

חתימת רופא/ה משחרר/ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
06/03/2024 00:00	רופא/ה	ד"ר דודוב אדוארד מ.ר. 35890



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.

בברכת רפואה שלמה,
מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

בימים אלו אנו עומדים לצידך ומזמינים אותך
לעקוב אחר עדכונים ושירותים שמתפרסמים באתר וולפסון בסריקת הברקוד



בוולפסון כולנו חזקים יחד.

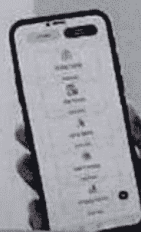
מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים

052-7241043

03-5028111



וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי

סיכומי ביקור

חוצאות בדיקות

פיענוחים





מספר רשיון 13022
טלפון 03-5550828
פקס 03-5550881
מחוז ת"א

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ
אורתופדיה
הרב ניסבאום 33 - בת ים
בת ימון - רופאים יועצים עצמאיים - בת ים

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 22/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ביטול גנט	מס זהות:	00077233914	גיל:	87.03	מין:	נ
ת.לידה:	27/02/1937	ישו:	בת ים	רחוב:	הולצברג שמחה	טלפון נוסף:	52-3423146	
מס בית:	2 / 6	א	טלפון:	52-3423146				

גורם שולח



2981

מספר הפניה



032981018571

32981018571

תז נבדק



77233914

רשיון רופא



013022

לכבוד: פיזיותרפיה
כתף שמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

PAIN SHOULDER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/05/2021

בת 84

מזה תקופה ארוכה כאבים בכתף מימין

ביצעה MRI כתף בשאלה אחרת (בירור ליפומה בשריר הדלטאיד אשר לדבריה

אינו מציק לה כלל) כחלק מהמצאים אובחן קרע SSP מימין

הוסברו לה הממצאים, כאמור לדבריה המסה השפירה אינה מטרידה אותה.

לאור זאת, נתחיל טיפול בנוגדי דלקת ומשככי כאב ופיזיותרפיה.

28/04/2024: כאב בכתף שמאל כחודשיים

22/05/2024

בא ס כתף שמאל קרע מלא בס 0

לפיזיותרפיה

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS
01/07/2003		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING
01/02/2014		TINEA CAPITIS
01/02/2014		INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN
24/09/2020		WEAKNESS
24/09/2020		CONSTIPATION
20/08/2020		CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR
15/11/2020		DIZZINESS AND GIDDINESS

no

מידע ישן

תולדות עבר

7 ה.ר.0

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

22/05/2024

הודפס ע"י ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

21 - 233914

ביטול גנט

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		טיפות -	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	טבליות	1	ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	יחידות	1	ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<>T 150mg	1	טבליות	1	ביום
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	טיפות	1	בחודש
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	טבליות	1	ביום

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2024
הגבלה בהרמת כתף שמאל כאב לתנועות
22/05/2024

ממצאים קליניים

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

13022

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

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



רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"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 אלה, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



06/06/2024

חשבונית מס קבלה מס' 34908

לכבוד: ג'נט בעון

מקור

סה"כ: 400.00 ₪

תיאור	כמות	מחיר	סה"כ
טיפול ראשון - דיקור סיני (אקופונקטורה)	1	341.88 ₪	341.88 ₪
סה"כ חייב במע"מ:			341.88 ₪
מע"מ: 17.0%			58.12 ₪
סה"כ לתשלום:			400.00 ₪

פרט תקבילים:

אמצעי תשלום	פירוט	תאריך	סכום
מזומן		06/06/2024	400.00 ₪
		סה"כ:	400.00 ₪



הערות:
תעודות הסמכה לצורכי ביטוח להורדה - לחצו כאן



מסמך ממוחשב

מסמך זה הופק ונחתם דיגיטלית ע"י 14:29 smartbee.co.il



נספח 3 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 27 עד 29)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

ביטון	ג'נט	077233914	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
שמחה הולצברג	6	בת ים	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
		מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן 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 הבריאותי 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 הבריאותי 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: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

ט"ד אביאל פרייברג
מס' רשמי: 62254

י פ ו י כ ח

ג'נט ביטון

אני הח"מ, מס' 077233914, מרחוב שמחה הולצברג 6, בת ים,
ת.ז. מס' 077233914, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת 5/3/24 מיום 5/3/24
מבלי לפגוע בכלליות חמינוי 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 הכרות 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 חקרקעות, 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.

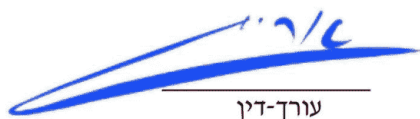
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ 8 לחודש _____ 7 שנה _____ 2024

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

