

הופק ע"י ד"ר חזרי אנטוניו מ.ר. 1164712 21/12/2023 12:57

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלקרינאוי	ת. לידה:	06/11/2016	ילדים נירוקירורגיה
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6	מנהל/ת: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
כתובת:	אבו הוריירה 41, רהט 8535700	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: זינאידה שוסטרמן
טלפון:	0559623723	גיל:	7 ש' ו1 ח'	מס' קבלה למחלקה: 2023118240
סוג דם:				טלפון: 08-6400781
גורם מממן:	דחום	שם האב:	חסיין	פקס: 08-6403026
				קבלה למיון: Dec 18 2023 12:43PM
				קבלה למחלקה: 12:12 19/12/2023
				ימי אשפוז במחלקה: 3

תקופת אשפוז

תאריך כניסה למחלקה 19/12/2023 - תאריך שחרור מהמחלקה 21/12/2023

אבחנות בשחרור

- S/P CRANIOPLASTY (Right) (2020) S/P CRANIOPLASTY OF DEPPRESSED SKULL FRACTURE RIGHT PARIETAL

תלונה עקרית

בן 7.1 ברקע OSTEOGENESIS IMPERFECTA. התקבל לאחר חבלת ראש בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי. אושפז במסגרת ט"נ ילדים עבר התרעבות ניתוחית לתיקון שבר במהלך ניתוחי ובתר ניתוחי תקינים לאחר פעולה השגחה במסגרת ט"נ ללא ארועים חריגים. קיבל חיסונים וקיבל אנטיביוטיקה מניעתית. הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.

תולדות מחלה

בן 7.1 שנים ברקע OSTEOGENESIS IMPERFECTA. מספר שברים על פני השנים. ביום קבלתו בתאריך 18/12/2023 סביב שעה 12:00 במסגרת בית הספר נפל ונחבל בראשו לא היה אובדן הכרה או שינוי נירולוגי כולשהו. הובהל למיון לצורך הערכה ובדיקה רפואית. במסגרת מיון תפוחות רכמות רכות פרטאלית מימין לסרציה קטנה נסגרה עם סיכות. היתה הקאה בודדת.

בבדיקתו במסגרת מיון בהכרה מלאה שיתוף פעולה משביע רצון כאוב. בדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי. מדדים חיונים שמורים.

הושלמה בדיקת NCCT בבדיקה הודגמה מלאות מקסילרית דו-צידית ברוב תאי האתמואיד מימין ופרונטלי מימין כ"כ סטיית מחיצת האף לשמאל.

משמאל מקסילרי המלאות אינה הטרוגנית עם מרכז היפרדנסי משני לתהליך דלקתי פטרייתי? המטומה ברקמות הרכות מימין הודגם שבר דחיפה פריאטלי מימין עם דחיסה של כ-8 מ"מ עם המטומה אקסטרה-אקסילרית של כ-6 מ"מ ומספר בעיות אוויר אקסטרה-אקסילרית אושפז לטיפול נמרץ ילדים לטובת השגחה ומשם נלקח לצורך התערבות ניתוחית לתיקון שבר דחוס. השכבה על הגב אנטיביוטיקה פר אופרטיבית

הטיית ראש שמאלה הרחבת לסרציה וחשיפת עצם בזמן ניתוח רקמות רכות דימום בקמות מוגברת (משנית למחלת רקע). השתלשלות בעזרת ביפולר ומונופולר. חשיפת עצם ושבר דחוס בעזרת קרניוטום הרחבה שולי השבר והוצאת עצם שחזור וקיבוע בעזרת קרניופקס. חתך קטן בדורה בשוליים אשר נסגר עם חתיכת דוראגין המוסטאזה קפדנית החזרת עצם וקיבוע בהתאם. סגירה בשכבות סגירת עור עם תפר רפיד ווקריל נמס. בתום פעולה אישונים שונים מכווצים הופסקה הנשמה והילד הועבר לחדר התאוששות.

בדיקת דימות ביקורת NCCT. המטומה אקסטרה-אקסילרית פריאטלי מימין בעובי מקסימלי כ-3 מ"מ לעומת 6 מהבדיקה קודמת. מספר בעיות אוויר סמוכה.

מלאות, עיבוי רירית והתדקקות של דפנות הקירים המדיאליים של המערות הלסת ללא שינוי. הילד בהכרה מלאה עירני וחיוני משתף פעולה בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי. חזר למסגרת ט"נ להמשך השגחה וטיפול בהתאם. במסגרת ט"נ קיבל טיפול בנוגדי כאבים. טיפול אנטיביוטי מניעתי. (קיבל חיסון טטנוס לאחרונה. וחיסון פנאמוקס בנסגרת ט"נ). לאחר יממה במסגרת ט"נ. נבדק על ידי צוות. בבדיקתו בהכרה מלאה שיתף פעולה עירני וחיוני. פצע ניתוחי עם חבישה ללא הפרשה או סימני דליפה.

במצב כללי טוב ומשביע רצון הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלקרינאוי	תאריך לידה:	06/11/2016	ילדים נירוכירורגיה
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6	מנהל/ת: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
סוג דם:		שם האב:	חסין	אח/אחות אחראיים: זינאידה שושטרמן
				מס' קבלה למחלקה: 2023118240

מדדים בקבלה

תאריך ושעה	חום	*סוג תפריט ילדים רגילה	דופק	לחץ דם	סטורציה	רמת כאב	בדיקת אישונים	מצב הכרה
09:19 21/12/2023								
09:18 21/12/2023	36.5		94	97 / 63	98	0		ערני
01:00 21/12/2023	36.6		111	130 / 80	100	0	תקינה	ערני
17:00 20/12/2023	37.5		108	105 / 69	100	0		
09:06 20/12/2023	37		132	106 / 65	100	0		ערני

בדיקה גופנית בקבלה

מצב כללי: בהכרה מלאה GCS15, חיוני עירני
ראש ומרפס: פצע ניתוח רקטי מימין תקין ללא הפרשה או דליפה.
עיניים: אישונים שווים ומגיבים לאור.
תנועת עיניים: ללא ניסטגמוס.

מהלך ודיון

בן 7.1 שנים ברקע OSTEOGENESIS IMPERFECTA. מספר שברים על פני השנים.
ביום קבלתו בתאריך 18/12/2023 סביב שעה 12:00 במסגרת בית הספר נפל ונחבל בראשו לא היה אובדן הכרה או שינוי נירולוגי כולשהו.
הובהל למיון לצורך הערכה ובדיקה רפואית.
במסגרת מיון תפוחות רכות פרטאלית מימין לסרציה קטנה נסגרה עם סיכות. היתה הקאה בודדת.
בבדיקתו במסגרת מיון בהכרה מלאה שיתוף פעולה משביע רצון כאוב. בדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי.
מדדים חיונים שמורים.

הושלמה בדיקת NCCT בבדיקה הודגמה מלאות מקסילרית דו-צידית ברוב תאי האתמואיד מימין ופרונטלי מימין כ"כ סטיית מחיצת האף לשמאל.
משמאל מקסילרי המלאות אינה הטרוגנית עם מרכז היפרדנסי משני לתהליך דלקתי פטרייתי?
המטומה ברקמות הרכות פרונטלית מימין הודגם שבר דחיפה פריאטלי מימין עם דחיסה של כ-8 מ"מ עם המטומה אקסטרה-אקסילית של כ-6 מ"מ ומספר בועיות אוויר אקסטרה-אקסילית
אושפז לטיפול נמרץ ילדים לטובת השגחה ומשם נלקח לצורך התערבות ניתוחית לתקון שבר דחוס. השכבה על הגב אנטיביוטקה פר אופרטיבית
הטיית ראש שמאלה הרחבת לסרציה וחשיפת עצם בזמן ניתוח רקמות רכות דימום בקמות מוגברת (משנית למחלת רקע).
השתלחות בעזרת ביפולר ומונופולר. חשיפת עצם ושבר דחוס בעזרת קרניומוס הרחבה שולי השבר והוצאת עצם שחזור וקיבוע בעזרת קרניופקס. חתך קטן בדורה בשוליים אשר נסגר עם חתיכת דוראגין המוסטאזה קפדנית החזרת עצם וקיבוע בהתאם.
סגירה בשכבות סגירת עור עם תפר רפיד ווקריל נמס.
בתום פעולה אישונים שווים מכווצים הופסקה הנשמה והילד הועבר לחדר התאוששות.

בדיקת דימות ביקורת NCCT. המטומה אקסטרה-אקסילית פריאטלי מימין בעובי מקסימלי כ-3 מ"מ לעומת 6 מהבדיקה קודמת.
מספר בועיות אוויר סמוכה.
מלאות, עיבוי רירית והתדקקות של דפנות הקירים המדיאליים של המערות הלסת ללא שינוי.
הילד בהכרה מלאה עירני וחיוני משתף פעולה בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי.
חזר למסגרת ט"נ להמשך השגחה וטיפול בהתאם. במסגרת ט"נ קיבל טיפול בנוגדי כאבים. טיפול אנטיביוטי מניעתי. (קיבל חיסון

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלקרינאוי	תאריך לידה:	06/11/2016	ילדים נירוכירורגיה
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6	מנהל/ת: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
סוג דם:		שם האב:	חסיין	אח/אחות אחראיים: זינאידה שוסטרמן
				מס' קבלה למחלקה: 2023118240

טנטוס לאחרונה . וחיסון פנאמווקס בנסגרת ט"נ .
לאחר יממה במסגרת ט"נ . נבדק על ידי צוות . בבדיקתו בהכרה מלאה שיתף פעולה עירני וחיוני . פצע ניתוחי עם חבישה ללא הפרשה או סימני דליפה .

במצב כללי טוב ומשביע רצון הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.
במסגרת מחלקה התמשך טיפול אנטיביוטי דרך הווריד ל 4 ימי טיפול בס"כ . טיפול בנוגדי כאבים מעקב נירולוגי ובדיקות שגרתיות יום יומיות .

במהלך שהותו במחלקה לא היו ארועים חריגים . קוסי במצב כללי טוב ומשביע רצון . מדדים חיונים שמורים .
פצע ניתוחי במראה תקין (תפרים נמוסים לא צריך להוציא) .
בדיקה נירולוגית טרם שחרורו שיתוף פעולה משביע רצון תנועות עיניים ופנים מלאות כוח גס שמור בארבע גפיים . הליכה עצמונית אוכל ושותה תאבון שמור ללא בחילות או הקאות . ללא כאבי ראש או תלונות אחרות .

בתאום מול צוות משתחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות.

המלצות

המלצה: מעקב רפוא ילדים מטפל במסגרת קופ"ח .
המשך מעקב רפוא מטפל בשל מחלת רקע .
אכילה שתיה מספקת .
סיים טיפול אנטיביוטי מניעתי . (קיבל חיסון פנאמווקס) .
מנוחה ביתית לשבוע ימים . להמנע מפעילות פיזיקאלית העלולה לגרום או לסכן חבלה או פגיעה נוספת לרבות פגיעת ראש .
ביקורת פצע ניתוחי במסגרת מרפאה נירוכירורגית ילדים בעוד 10 ימים לקבוע תור 08-6400781 .
ביקורת מרפאה נירוכירורגית ילדים בעוד ודש ימים 08-6400781 לקבוע תור ולהצטייד בהתחייבות .

בכל שינוי במצבו הנירולוגי שינוי הכרתי כאבי ראש מתגברים בחילות הקאות חולשת פלג גוף פרכוסים שינוי התנהגותי עליית חום סיסטמי וסימני גירוי מניגיאלי . סימני זיהום או הפרשה באזור פצע ניתוחי או בכל החמרה נירולוגית אחרת יש להפנותו למיין .

רפואה שלמה והחלמה מהירה.

המלצת PERT

תאריך ושעה

פרטים

19/12/2023 13:14
המטופל הועבר מט"נ ילדים .
חיוני עירני נינוח נשימתית .
ללא חסר נירולוגי .
נותן שתן חופשי .

ת
כלכלה חופשית .
AB
המשך השגחה במחלקה.

מכתב נחתם ע"י: דר' חזרי אנטוניו מ.ר. 1164712

חתימה

הופק ע"י דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215 11:49 04/01/2024

סיכום ביקור מרפאה נירוכירורגיה

מ.ר. 21899	מ.ר. 1140215	06/11/2016	ת. לידה:	אלקרינאוי	שם משפחה:
מנהל/ת: פרופ' מלמד ישראל מ.ר. 21899	מ.ר. 1140215	22520113-6	ת. זהות:	קוסאי	שם פרטי:
אח/אחות אחראיים: גל בונה	מ.ר. 1140215	זכר	מין:	אבו הוריירה 41, רהט 8535700	כתובת:
מס' ביקור: 2024000742	מ.ר. 1140215	7 ש' ו'ח'	גיל:	0559623723	טלפון:
טלפון: 08-6400543	מ.ר. 1140215				סוג דם:
פקס: 08-6768722	מ.ר. 1140215				גורם מממן:
	מ.ר. 1140215	חסין	שם האב:	דרום	

תאריך הביקור: 04/01/2024 שעת ביקור: 11:40

רופאים מומחים בביקור

רופא: דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

קוסאי ילד חמוד בן 7 שנים
ברקע OGI עם סיפור של שברים לאחר נפילות
נפילה וחבלת ראש לפני כשבועיים עם שבר דחוס ודימום אפידוראלי קטן בסיטי
נותח לתיקון השבר וניקוז ההמטומה + סגירה של פגם זעיר בדורה
מהלך ניתוחי ובתר ניתוחי תקינים

באינטרוואל ללא אירועים חריגים
כפי מצבו הבסיסי
ללא כאבי ראש
ללא בחילות
התנהגות רגילה
ללא לקות מוקדית

צלקת ניתוחית במראה תקין סגורה עם תפרים נספגים
ללא עדות לקולקציה תת קרקפתית

יכול לשוב לפעילות רגילה עם זאת תחת שמירה מחבלות נוספות נוכח רקע

יגיעו לביקורת נוספת במרפאתנו בעוד כ-3 שבועות

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"
70031	1	בדיקת רופא נירוכירורג במרפאה	11:48 04/01/2024	דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

חתימה: _____

מכתב נחתם ע"י: דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

תאריך: 28/05/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אלקרינאוי קוסאי	מס זהות:	00225201136	גיל:	7.06	מין:	ז	
ת.לידה:	06/11/2016	ישוב:	רהט	רחוב:	אבו הוריירה	טלפון נוסף:	55-9623723	מס בית:	41
טלפון:	55-9623723	טלפון:	55-9623723						

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
			S/P CRANIOPLASTY (Right) (Z020) S/P CRANIOPLASTY OF DEPPRESSED SK

מומלץ על מנוחה מתאריך: 18/12/2023 עד תאריך: 31/05/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 166

הערות: לאחר נפילה בבית ספר עבר ניתוח ואישפוז בטיפול נמרץ

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

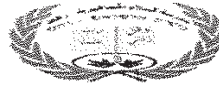
75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



مدرسة السلام الجامعية - بيت - سور كليلي فلسطين
08-9917912 فاكس: 08-9918480 هاتف: 85357 سكوت: 11-12gsm
www.alsalam-rahal.com email: info@alsalam-rahal.com sms: 180

**באשרד התינוק
מחוז דרום**

08/01/2024

לכל המעוניין,
א.ג.נ.

שלום רב,

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז. 225201136

- התלמיד הנ"ל תלמיד מן המניין בבית ספר אלסלאם סמל 618249.
- ביום 19/12/2023 בסביבות השעה 11:05, נכנס התלמיד בלוי המלווה הצמודה אליו למרחב הלימודי, מעד ונחבל בראשו.
- התלמיד קיבל טיפולי ראשוני, והועבר להמשך טיפול במרפאת רהט ב' הצמודה לבית הספר, ומשם הופנה להשלמת טיפול בבית החולים סורוקה.

בית ספר אלטלם
ת.ד. 11778
85357
08-9918480

בכבוד רב
אברהם קרינאווי
מנהל בית הספר

הערה: אישור זה ניתן עפ"י בקשת ההורים.



02/06/2024

לכל המעוניין

א.ג.נ.

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז : 225201136

אנו מאשרים בזה שהתלמיד לומד מן המניין בשנה"ל תשפ"ד בבית ספר אלסלאם רהט, סמל מוסד 618249.

הערה:-

* התלמיד נעדר מתאריך 18/12/2023-31/05/2024.

בית ספר אלסלאם
ת.ד. 11 רהט 85357
בכבוד רב
טל. 08-9918480
בית ספר קהילתי אלסלאם - רהט

הופק ע"י ד"ר חזרי אנטוניו מ.ר. 1164712 21/12/2023 12:57

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלקרינאוי	ת. לידה:	06/11/2016	ילדים נירוכירורגיה
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6	מנהל/ת: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
כתובת:	אבו הורירה 41, רהט 8535700	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: זינאידה שוסטרמן
טלפון:	0559623723	גיל:	7 ש' ו1 ח'	מס' קבלה למחלקה: 2023118240
סוג דם:				טלפון: 08-6400781
גורם מממן:	דחום	שם האב:	חסין	פקס: 08-6403026
				קבלה למיון: Dec 18 2023 12:43PM
				קבלה למחלקה: 12:12 19/12/2023
				ימי אשפוז במחלקה: 3

תקופת אשפוז

תאריך כניסה למחלקה 19/12/2023 - תאריך שחרור מהמחלקה 21/12/2023

אבחנות בשחרור

- S/P CRANIOPLASTY (Right) (2020) S/P CRANIOPLASTY OF DEPPRESSED SKULL FRACTURE RIGHT PARIETAL

תלונה עקרית

בן 7.1 ברקע OSTEOGENESIS IMPERFECTA. התקבל לאחר חבלת ראש בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי. אושפז במסגרת ט"נ ילדים עבר התרעבות ניתוחית לתיקון שבר במהלך ניתוחי ובתור ניתוחי תקינים לאחר פעולה השגחה במסגרת ט"נ ללא ארועים חריגים. קיבל חיסונים וקיבל אנטיביוטיקה מניעתית. הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.

תולדות מחלה

בן 7.1 שנים ברקע OSTEOGENESIS IMPERFECTA. מספר שברים על פני השנים. ביום קבלתו בתאריך 18/12/2023 סביב שעה 12:00 במסגרת בית הספר נפל ונחבל בראשו לא היה אובדן הכרה או שינוי נירולוגי כולשהו. הובהל למיון לצורך הערכה ובדיקה רפואית. במסגרת מיון תפוחות רכות פרטאלית מימין לסרציה קטנה נסגרה עם סיכות. היתה הקאה בודדת.

בבדיקתו במסגרת מיון בהכרה מלאה שיתוף פעולה משביע רצון כאוב. בדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי. מדדים חיונים שמורים.

הושלמה בדיקת NCCT בבדיקה הודגמה מלאות מקסילרית דו-צדדי ברוב תאי האתמואיד מימין ופרונטלי מימין כ"כ סטיית מחיצת האף לשמאל.

משמאל מקסילרי המלאות אינה הטרוגנית עם מרכז היפרדנסי משני לתהליך דלקתי פטרייתי?

המטומה ברקמות הרכות פרונטלית מימין הודגם שבר דחיסה פריאטלי מימין עם דחיסה של כ-8 מ"מ עם המטומה אקסטרה-

אקסילית של כ-6 מ"מ ומספר בועיות אוויר אקסטרה-אקסילי

אושפז לטיפול נמרץ ילדים לטובת השגחה ומשם נלקח לצורך התרעבות ניתוחית לתיקון שבר דחום. השכבה על הגב אנטיביוטיקה פר אופרטיבית

הטיית ראש שמאלה הרחבת לסרציה וחשיפת עצם בזמן ניתוח רקמות רכות דימום בקמות מוגברת (משנית למחלת רקע).

השתלשות בעזרת ביפולר ומונפולר. חשיפת עצם ושבר דחום בעזרת קרניוטום הרחבה שולי השבר והוצאת עצם שחזור וקיבוע

בעזרת קרניופקס. חתך קטן בדורה בשוליים אשר נסגר עם חתיכת דוראגין המוסטאזה קפדנית החזרת עצם וקיבוע בהתאם.

סגירה בשכבות סגירת עור עם תפר רפיד ווקריל נמס.

בתום פעולה אישונים שווים מנוצים הופסקה הנשמה והילד הועבר לחדר התאוששות.

בדיקת דימות ביקורת NCCT. המטומה אקסטרה-אקסילית פריאטלי מימין בעובי מקסילי כ-3 מ"מ לעומת 6 מהבדיקה קודמת. מספר בועיות אוויר סמוכה.

מלאות, עיבוי רירית והתדקקות של דפנות הקירים המדיאליים של המערות הלסת ללא שינוי.

הילד בהכרה מלאה עירני וחיוני משתף פעולה בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי.

חזר למסגרת ט"נ להמשך השגחה וטיפול בהתאם. במסגרת ט"נ קיבל טיפול בנוגדי כאבים. טיפול אנטיביוטי מניעתי. (קיבל חיסון טטנוס לאחרונה. חיסון פנאמוקס בנסגרת ט"נ).

לאחר יממה במסגרת ט"נ. נבדק על ידי צוות. בבדיקתו בהכרה מלאה שיתף פעולה עירני וחיוני. פצע ניתוחי עם חבישה ללא הפרשה או סימני דליפה.

במצב כללי טוב ומשביע רצון הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום שחרור רפואי

ילדים נירוכירורגיה
מנהל/ת: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
אח/אחות אחראיים: זינאידה שוסטרמן
מס' קבלה למחלקה: 2023118240

שם משפחה:	אלקרינאוי	תאריך לידה:	06/11/2016
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6
סוג דם:		שם האב:	חסינ

מדדים בקבלה

תאריך ושעה	חום	*סוג תפריט ילדים רגילה	דופק	לחץ דם	סטורציה	רמת כאב	בדיקת אישונים	מצב הכרה
09:19 21/12/2023								
09:18 21/12/2023	36.5		94	97 / 63	98	0		ערני
01:00 21/12/2023	36.6		111	130 / 80	100	0	תקינה	ערני
17:00 20/12/2023	37.5		108	105 / 69	100	0		
09:06 20/12/2023	37		132	106 / 65	100	0		ערני

בדיקה גופנית בקבלה

מצב כללי: בהכרה מלאה GCS15, חיוני עירני
ראש ומרפס: פצע ניתוח רקטי מימין תקין ללא הפרשה או דליפה.
עיניים: אישונים שווים ומגיבים לאור.
תנועת עיניים: ללא ניסטגמוס.

מהלך ודיון

בן 7.1 שנים ברקע OSTEogenesis IMPERFECTA. מספר שברים על פני השנים.
ביום קבלתו בתאריך 18/12/2023 סביב שעה 12:00 במסגרת בית הספר נפל ונחבל בראשו לא היה אובדן הכרה או שינוי נירולוגי כולשהו.
הובהל למיון לצורך הערכה ובדיקה רפואית.
במסגרת מיון תפוחות רכות פרטאלית מימין לסרציה קטנה נסגרה עם סיכות. היתה הקאה בודדת.
בבדיקתו במסגרת מיון בהכרה מלאה שיתוף פעולה משביע רצון כאוב. בדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי.
מדדים חיונים שמורים.

הושלמה בדיקת NCCT בבדיקה הודגמה מלאות מקסילרית דו-צידית ברוב תאי האתמואיד מימין ופרונטלי מימין כ"כ סטיית מחיצת האף לשמאל.
משמאל מקסילרי המלאות אינה הטרוגנית עם מרכז היפרדנסי משני לתהליך דלקתי פטרייתי?
המטומה ברקמות הרכות פרונטלית מימין הודגם שבר דחיסה פריאטלי מימין עם דחיסה של כ-8 מ"מ עם המטומה אקסטרה-אקסילית של כ-6 מ"מ ומספר בועיות אוויר אקסטרה-אקסילית.
אושפז לטיפול נמרץ ילדים לטובת השגחה ומשם נלקח לצורך התערבות ניתוחית לתיקון שבר דחוס. השכבה על הגב אנטיביוטית פר אופרטיבית.
הטיית ראש שמאלה הרחבת לסרציה וחשיפת עצם בזמן ניתוח רקמות רכות דימום בקמות מוגברת (משנית למחלת רקע).
השתלשלות בעזרת ביפולר ומונופולר. חשיפת עצם ושבר דחוס בעזרת קרניומום הרחבה שולי השבר והוצאת עצם שחזור וקיבוע בעזרת קרניופקס. חתך קטן בדורה בשוליים אשר נסגר עם חתיכת דוראגין המוסטאזה קפדנית החזרת עצם וקיבועה בהתאם.
סגירה בשכבות סגירת עור עם תפר רפיד ווקריל נמס.
בתום פעולה אישונים שווים מכווצים הופסקה הנשמה והילד הועבר לחדר התאוששות.

בדיקת דימות ביקורת NCCT. המטומה אקסטרה-אקסילית פריאטלי מימין בעובי מקסימלי כ-3 מ"מ לעומת 6 מהבדיקה קודמת.
מספר בועיות אוויר סמוכה.
מלאות, עיבוי רירית והתדקקות של דפנות הקירים המדיאליים של המערות הלסת ללא שינוי.
הילד בהכרה מלאה עירני וחיוני משתף פעולה בבדיקה נירולוגית ללא חסר נירולוגי מוקדי.
חזר למסגרת ט"נ להמשך השגחה וטיפול בהתאם. במסגרת ט"נ קיבל טיפול בנוגדי כאבים. טיפול אנטיביוטי מניעתי. (קיבל חיסון

סיכום שחרור רפואי

ילדים נירוכירורגיה
מנהל: דר' גידון מיקי מ.ר. 35452
אח/אחות אחראיים: זינאידה שוסטרמן
מס' קבלה למחלקה: 2023118240

שם משפחה:	אלקרינאוי	תאריך לידה:	06/11/2016
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6
סוג דם:		שם האב:	חסיין

טטנוס לאחרונה . וחיסון פנאמווקס בנסגרת ט"נ .
לאחר יממה במסגרת ט"נ . נבדק על ידי צוות . בבדיקתו בהכרה מלאה שיתף פעולה עירני וחיוני . פצע ניתוחי עם חבישה ללא הפרשה או סימני דליפה .

במצב כללי טוב ומשביע רצון הועבר למחלקה להמשך השגחה וטיפול בהתאם.
במסגרת מחלקה התמשך טיפול אנטיביוטי דרך הווריד ל 4 ימי טיפול בס"כ . טיפול בנוגדי כאבים מעקב נירולוגי ובדיקות שגרתיות יום יומיות .

במהלך שהותו במחלקה לא היו ארועים חריגים . קוסי במצב כללי טוב ומשביע רצון . מדדים חיונים שמורים .
פצע ניתוחי במראה תקין (תפרים נמוסים לא צריך להוציא) .
בדיקה נירולוגית טרם שחרורו שיתוף פעולה משביע רצון תנועות עיניים ופנים מלאות כוח גס שמור בארבע גפיים . הליכה עצמונית אוכל ושותה תאבון שמור ללא בחילות או הקאות . ללא כאבי ראש או תלונות אחרות .

בתאום מול צוות משתחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות.

המלצות

המלצה: מעקב רופא ילדים מטפל במסגרת קופ"ח .
המשך מעקב רופא מטפל בשל מחלת רקע .
אכילה שתיה מספקת .
סיים טיפול אנטיביוטי מניעתי . (קיבל חיסון פנאמווקס) .
מנחה ביתית לשבוע ימים . להמנע מפעילות פיזיקלית העלולה לגרום או לסכן חבלה או פגיעה נוספת לרבות פגיעת ראש .
ביקורת פצע ניתוחי במסגרת מרפאה נירוכירורגית ילדים בעוד 10 ימים לקבוע תור 08-6400781 .
ביקורת מרפאה נירוכירורגית ילדים בעוד ודש ימים 08-6400781 לקבוע תור ולהצטייד בהתחייבות .

בכל שינוי במצבו הנירולוגי שינוי הכרתי כאבי ראש מתגברים בחילות הקאות חולשת פלג גוף פרכוסים שינוי התנהגותי עליית חום סיסטמי וסימני גירוי מנינגיאלי . סימני זיהום או הפרשה באזור פצע ניתוחי או בכל החמרה נירולוגית אחרת יש להפנותו למיון .

רפואה שלמה והחלמה מהירה.

PERT המלצות

תאריך ושעה

פרטים

19/12/2023 13:14
המטופל הועבר מט"נ ילדים .
חיוני עירני נינוח נשימתית .
ללא חסר נירולוגי .
נותן שתן חופשי .

ת
כלכלה חופשית .
AB
המשך השגחה במחלקה.

מכתב נחתם ע"י: דר' ח'ורי אנטוניו מ.ר. 1164712

הופק ע"י דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215 11:49 04/01/2024

סיכום ביקור מרפאה נירוכירורגיה

מרפאה נירוכירורגיה
מנהל/ת: פרופ' מלמד ישראל מ.ר. 21899
אח/אחות אחראיים: גל בונה
מס' ביקור: 2024000742
טלפון: 08-6400543
פקס: 08-6768722

שם משפחה:	אלקרינאוי	ת. לידה:	06/11/2016
שם פרטי:	קוסאי	ת. זהות:	22520113-6
כתובת:	אבו הוריירה 41, רהט	מין:	זכר
טלפון:	0559623723	גיל:	7 ש' ו1 ח'
סוג דם:			
גורם מממן:	דרום	שם האב:	חסיין

תאריך הביקור: 04/01/2024 שעת ביקור: 11:40

רופאים מומחים בביקור

רופא: דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

קוסאי ילד חמוז בן 7 שנים
ברקע OGI עם סיפור של שברים לאחר נפילות
נפילה וחבלת ראש לפני כשבועיים עם שבר דחוס ודימום אפידוראלי קטן בסיטי
נותח לתיקון השבר וניקוז ההמטומה + סגירה של פגם זעיר בדורה
מהלך ניתוחי ובתר ניתוחי תקינים

באינטרוואל ללא אירועים חריגים
כפי מצבו הבסיסי
ללא כאבי ראש
ללא בחילות
התנהגות רגילה
ללא לקות מוקדית

צלקת ניתוחית במראה תקין סגורה עם תפרים נספגים
ללא עדות לקולקציה תת קרקפתית

יכול לשוב לפעילות רגילה עם זאת תחת שמירה מחבלות נוספות נוכח רקע

יגיעו לביקורת נוספת במרפאתנו בעוד כ-3 שבועות

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"
70031	1	בדיקת רופא נירוכירורג במרפאה	11:48 04/01/2024	דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

חתימה:

מכתב נחתם ע"י: דר' אברהם אלעד מ.ר. 1140215

תאריך: 28/05/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אלקרינאוי קוסאי	מס זהות:	00225201136	גיל:	7.06 מין: ז
ת.לידה:	06/11/2016	ישוב:	רהט	רחוב:	אבו הוריירה	
מס בית:	41	טלפון:	55-9623723	טלפון נוסף:	55-9623723	

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
			S/P CRANIOPLASTY (Right) (Z020) S/P CRANIOPLASTY OF DEPPRESSED SK

מומלץ על מנוחה מתאריך: 18/12/2023 עד תאריך: 31/05/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 166

הערות: לאחר נפילה בבית ספר עבר ניתוח ואישפוז בטיפול נמרץ

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

75661

ד"ר סעיד אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



مدرسة الميناء الجماهيرية - بنة - 120 كبلومت من كابلوت
 08-9917912 ص.ب: 11- Tigris سكود: 85357 فاكس: 08-9918480
 1968 P.O. Box www.alsharabiah-rahal.com alsharabiah@alsharabiah.com

08/01/2024

לכל המעוניין,
א.ג.נ.

שלום רב,

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז. 225201136

- התלמיד הנ"ל תלמיד מן המניין בבית ספר אלסלאם סמל 618249.
- ביום 19/12/2023 בסביבות השעה 11:05, נכנס התלמיד בלווי המלווה הצמודה אליו למרחב הלימודי, מעד ונחבל בראשו.
- התלמיד קיבל טיפולי ראשוני, והועבר להמשך טיפול במרפאת רהט ב' הצמודה לבית הספר, ומשם הופנה להשלמת טיפול בבית החולים סורוקה.

בית ספר אלסלם
85357 08-9918480
ת.ד. 11777

בכבוד רב
אברהים קרינאוי
מנהל בית הספר

הערה: אישור זה ניתן עפ"י בקשת ההורים.

17/11/2024

תאריך: ט"ז חשון תשפ"ה

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
00

א.ג.ג.

מבלי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות

הנדון: הודעה על פתיחת תביעה מס' 5004302408462
פוליסה: תאונות אישיות ע"ש עירית רהט
שם התובע: קוסאי אלקרינאוי ת.ז. 225201136

- בהמשך לפנייתך שבנדון ולפתיחת בקשה לתגמולי ביטוח, (להלן "הבקשה") מצורף בזאת חוברת "מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור" של חברתנו (להלן "מערכת הכללים") וכן מסמך "הליך בירור ויישוב תביעה" המתאר את הליך הטיפול בבקשה (להלן "מסמך הליך בירור").
הנך מתבקש לעיין ב"מסמך הליך הבירור" ו"במערכת הכללים". כמו כן תוכל לצפות באתר החברה www.ayalon-ins-co.il באזור "המידע האישי" במסמכים הרלוונטיים הקשורים לדרישה זו.
- בהמשך לתביעתך לפיצוי/שיפוי במסגרת פוליסת תאונות אישיות שהתקבלה בחברתנו בגין אירוע מיום 19/12/2023 בכפוף לפוליסה מס' 74303704323, להלן רשימת המסמכים הדרושים לחברתנו לטיפול בתביעתך:

- טופס הודעה על תאונה בצירוף טופס ויתור סודיות רפואית.
- מסמכים רפואיים הכוללים תיעוד על קבלת טיפול רפואי ראשוני וכן מסמכים רפואיים המעידים על הפגיעה.
- קבלות מקוריות בגין הוצאות רפואיות/אישור על מיצוי זכויות.
- אישור תלמיד מבית הספר/אישור המועצה/העירייה על כי מופיע ברשימת התלמידים ביום האירוע.
- אישורי מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה.
- אישור מבית הספר על תקופת ההיעדרות.

לתשומת ליבך, בכפוף לתנאי הפוליסה:
תאונות שאירעו עד ליום 31.8.16 - הפיצוי הינו לתקופת היעדרות שהינה מעל 21 ימים.
תאונות שאירעו עד ליום 1.9.16 - הפיצוי הינו לתקופת היעדרות שהינה מעל 90 ימים.

- במידה ותביעתך הינה לנכות צמיתה- יש להעביר מסמכים רפואיים עדכניים מרופא מומחה המעידים על המגבלה.
 - במידה והתביעה הינה תביעת יורשים לפיצוי בגין מוות- יש להעביר בנוסף למסמכים המפורטים לעיל תעודת פטירה וצו ירושה/ צו קיום צוואה.
 - טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח וצילום המחאה (צ'ק).
- היה והמצאת לחברתנו חלק מהמסמכים הנדרשים אין צורך במשלוח פעם נוספת

3. יודגש כי במידה ובמהלך בירור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים נעדכנך בהודעה נפרדת.
4. לאחר קבלת מלוא המסמכים הדרושים לנו נברר שאלת הכיסוי הביטוחי.
5. מסמכים הרפואיים יועברו לבדיקתו של מומחה רפואי מטעמנו וייתכן ונאלץ לפנות למוסדות רפואיים ולהעתיק את התיקים הרפואיים עובר לתאונה ולאחריה.
6. בנוסף, כחלק מהליך בירור החבות, ייתכן ותידרש/י להיבדק ע"י רופא מומחה מטעמנו. במקרה כאמור, תשלח הודעה נפרדת עם פרטי המומחה, כתובות התקשורת ומסמכים שעליך להצטייד לבדיקה בפניו.
7. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.
8. בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. בתביעות מכוח פוליסת ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי שנכרתו או חודשו ביום 25 בנובמבר 2020 (ט' בכסלו התשפ"א) או לאחריו, תימנה תקופת ההתיישנות חמש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבוא עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו. הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה למנהלת מחלקת תשלומי ביטוח בריאות בדוא"ל: Ptviotbm@ayalon-ins.co.il ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור בחברתנו, בפקס מס': 072-2469051 או באמצעות הדוא"ל: tzibur@ayalon-ins.co.il. כמו כן, הנך רשאי לפנות לערכאות משפטיות למיצוי זכויותיך ו/או לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
9. נשמח לעמוד לרשותך בכל עת באשר לכל בירור נוסף שיידרש.

בכבוד רב,
אגף בריאות – צוות תאונות אישיות
טל: 01-20-35-800-1 פקס: 03-7569578
מיל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il
איילון חברה לביטוח בע"מ

¹ יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

מחלקת תשלומי ביטוח

תאריך: _____

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

א.ג.נ.,

הנדון: תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שרות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.

הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.
על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים **ובנוסף להעביר אלינו צילום העתק המחאה של החשבון אליו יועבר התשלום (יש לרשום "מבוטל" על ההמחאה).**

התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יורז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

=====

נא להחזיר לפקס 7569578-03

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

מח' הנה"ח

רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

בקשה מס' 5004302408462 אירוע מיום 19/12/2023

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

מס ת.ז. / ח.פ.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן

@

דואר אלקטרוני

מספר טלפון נייד

מס חשבון

מס הסניף

שם הסניף

מס הבנק

שם הבנק

חתימה

שם מוטב/ מורשה החתימה

תאריך

תאריך: י"ט חשוון תשפ"ה 20/11/2024

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
00

א.ג.ג.,

מבלי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות

הנדון: אישור קבלת/השלמת מסמכים

תביעה מס': 5004302408462 אירוע מיום 19/12/2023

פוליסה: תאונות אישיות 74303704323

שם התובע: קוסאי אלקרינאוי ת.ז. 225201136

ענף: 430

1. בהמשך למכתבנו מיום 17/11/2024 אנו מאשרים את קבלת המסמכים, מתוך המסמכים שנדרשו על ידנו כתביעה הנדונה כדלהלן:

שם המסמך	תאריך דרישה	תאריך קבלה	הערות
טופס הודעה על תאונה	14/11/2024	14/11/2024	
כתב ויתור על סודיות רפואית	14/11/2024	14/11/2024	טרם נתקבל
מסמכים רפואיים	14/11/2024	14/11/2024	
אישורי מחלה	14/11/2024	14/11/2024	
אישור היעדרות/אישור מעביד	14/11/2024	14/11/2024	טרם נתקבל
אישור ביצוע לצורך העברה בנקאית	14/11/2024	14/11/2024	טרם נתקבל
אישור תלמיד מבית הספר	14/11/2024	14/11/2024	

מסמכים אלו ותאריך קבלתם, מסומנים לנוחותך בשנית בטבלה המופיעה לעיל. לתשומת ליבך, מכתב זה נשלח אליך באופן אוטומטי עם קבלת התביעה בחברתנו, וכי במידה ואחד המסמכים המבוקשים לעיל אינו רלוונטי לתביעתך או הועבר כבר לרשותנו - אנא התעלם מדרישה זו.

2. תשומת ליבך, כי טרם התקבלו בחברתנו המסמכים הבאים, אשר נדרשו במכתבנו מיום 17/11/2024. על מנת לקדם את הליך בירור התביעה, נבקשך לשלוח את המסמכים אשר לא מופיע לציידם תאריך קבלה.

3. יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתבנו ולהעביר אלינו בהקדם לכתובתנו: איילון חב' לביטוח, רח' אבא הלל 12, רמת גן 52008, ת.ד. 10957.

4. אין בקבלת מסמכים אלה משום הודעה והתחייבות חברתנו להכיר בכיסוי הביטוחי או בתשלום תגמולי הביטוח.

¹ יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

5. בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. בתביעות מכוח פוליסת ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי שנכרתו או חודשו ביום 25 בנובמבר 2020 (ט' בכסלו התשפ"א) או לאחריו, תמנה תקופת ההתיישנות חמש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבוא עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו. הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה למנהלת מחלקת תשלומי ביטוח ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על Ptvotbm@ayalon-ins.co.il: בריאות בדוא"ל כמו tzibur@ayalon-ins.co.il: פניות הציבור בחברתנו, בפקס מס': 072-2469051 או באמצעות הדוא"ל כן, הנך רשאי לפנות לערכאות משפטיות למיציא זכויותיך ו/או לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

6. תשובתנו תימסר לך תוך 30 יום מהיום שיהיו בידנו כל המידע, המסמכים, הפרטים והראיות שנדרשים לבירור חבותנו.

7. נשמח לעמוד לרשותך בכל בירור נוסף שיידרש.

העתק: אמונה סוכנות לביטוח

בכבוד רב,

אגף בריאות – צוות תאונות אישיות
טל: 01-20-35-800-1 פקס: 03-7569578
מייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il
איילון חברה לביטוח בע"מ



02/06/2024

לכל המעוניין

א.ג.נ.

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז. : 225201136

אנו מאשרים בזה שהתלמיד לומד מן המניין בשנה"ל תשפ"ד בבית ספר אלסלאם רהט, סמל מוסד 618249.

הערה:-

* התלמיד נעדר מתאריך 18/12/2023-31/05/2024.

בית ספר אלסלאם
ת.ד. 85357 רהט
בכבוד רב
טל 08-9918480
בית ספר קהילתי אלסלאם - רהט

טופס הגשת תביעה - פוליסת תאונות אישיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

מספר פוליסה	שם סוכן	מספר סוכן
-------------	---------	-----------

ניתן להגיש תביעה באמצעים הבאים: דוא"ל tviot_t.e@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569578,
טלפון מרכז שירות לקוחות לביטוחים: 1-800-35-2001

בעת הגשת תביעה, אזרח ותיק שהינו מעל גיל 67, המעוניין למלא את טופס התביעה בעל פה,
רשאי לפנות לנציג החברה במרכז שירות הלקוחות של איילון, בטלפון: 1-800-35-2001

מבוטח/ת יקר/ה,

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה.
לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך, המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת
בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

נבקשך להקפיד ולמלא את הפרטים באופן מדויק ובכתב יד קריא, ולצרף מסמכים נדרשים וכן לרשום פרטי חשבון בנק לשם ביצוע
העברה בנקאית.

סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

- מוות מתאונה
- נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה
- פיצוי שבועי עקב תאונה
- כיסויים נוספים עקב תאונה

1. מוות מתאונה (הטופס ימולא ע"י היורשים החוקיים)

- סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
- תעודת פטירה.

2. נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה

- אישורים רפואיים.
- סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
- אישור ממסודות ממשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעידים על נסיבות התאונה.
- אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נפגעי עבודה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של המוסד זה.

3. פיצוי שבועי עקב תאונה

- אישורים רפואיים.
- אישור מעביד על היעדרות בפועל.
- אישור מחלה לתקופה המבוקשת.

4. כיסויים נוספים עקב תאונה (החזר הוצאות רפואיות בהתאם לתנאי הפוליסה)

- קבלות.
- אישורים רפואיים הכוללים המלצה להוצאה/כיסוי.

אופן קבלת ההודעות מאיילון חברה לביטוח

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות, החברה תשלח הודעות בדבר השלמת מסמכים, דרישות מידע / בדיקות ותוצאות בירור התביעה,
באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר.

באפשרותך לבחור ולסמן אחת מהאפשרויות הבאות*:

*במידה שלא תבחר באחת האפשרויות, ברירת המחדל תהיה אפשרות 1. להלן:

1. ☐ מסרון (SMS) לטלפון הנייד ☐ לנייד שלי ☐ לנייד אחר _____
2. ☐ דואר ישראל - לכתובת הרשומה (בפרטים של המבוטח, טבלה א)
3. ☐ דוא"ל שלי (הרשום בפרטים של המבוטח, טבלה א) ☐ דוא"ל אחר _____

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

אם ברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים ב"פרטי המבוטח" לעיל יעודכנו במערכות איילון חברה לביטוח בע"מ ("החברה"), אתה נדרש לאשר
בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ימששו את החברה לצורך יצירת קשר אתך ביחס לכלל מוצרי הביטוח שיש ברשותך בחברה.
אני הח"מ מבקש לעדכן את הפרטים המפורטים בטבלה א להלן, כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח שברשותי בחברה.

חתימת המבוטח

אזרח ותיק זכאי לשירות מותאם בהליך בירור התביעה

נציג החברה ייעדכן את התובע בבקשות החברה להשלמת מידע, המשך או הפסקת בירור התביעה, דרישה לביצוע בדיקה וכו', באמצעות
יצירת קשר טלפוני, ובנוסף במשלוח הודעה באמצעי דיגיטלי שנבחר על ידך לעיל.

אם תעדיף לבצע את ההתקשרות באמצעי דיגיטלי בלבד, עליך לאשר להלן את בקשתך:

☐ אני מאשר קבלת הודעות מהחברה לגבי הליך בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי בלבד שנבחר על ידי לעיל.

סוג התביעה: ☐ פיצוי שבועי עקב תאונה ☐ נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה ☐ מוות מתאונה ☐ כיסויים נוספים עקב תאונה

א. פרטים של המבוטח				
פרטים	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
22501136	אלקרינאי	קוסאי	06/11/2016	מקצוע / עיסוק
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	תא דואר	יישוב
אבו הוריירה	41	רהט	8535700	מיקוד
כתובת דוא"ל מבוטח	Email: @			
פרטים על מקום העבודה	שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	

ב. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה		
היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
פגיעת ראש	מרפאת בית ספר וסורוקה	
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה
19/12/2023	11:05	בית ספר אלסלאם רהט
פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לרשום בפירוט רב ככל שניתן)		
מצ"ב מכתב		

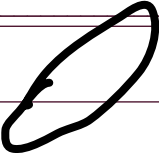
ג. פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
כללית	רהט ב'	ד"ר סעיד אזברגה	סורוקה
שמות רופאים מטפלים נוספים:	כתובתם:	תאריכי טיפול:	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	
האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			

ד. ביטוחים נוספים			
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לחברת ביטוח או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?			
☐ לא ☐ כן פרט	שם הגורם הנתבע	מס' הפוליסה	מס' תביעה
			פרטים נוספים

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק				
אופן הגשת התביעה (סמן X את בחירתך)				
☐ קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.				
☐ תשלום לחשבון הבנק אחר שעל שמך.				
אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי ביטוח.				
שם בנק	שם סניף	מספר סניף	מספר חשבון	שם בעל החשבון
אני מאשר ומצהיר ומתחייב כלהלן:				
1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה בנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.				
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ובן/בת זוגי.				
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.				
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.				
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.				
לתשומת לבך,				
במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.				
במידה שתביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.				
חתימת המבוטח				

בקשה לויתור על סודיות רפואית - חובה למלא

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם המשפחה	שם פרטי	קוסאי	מספר זהות	שם האב
אלקרינאוי			225201136	חסין
רחוב	מס' בית	41	יישוב	מיקוד
אבו הוריירה			רהט	8535700
כתובת דואר אלקטרוני			מספר טלפון	
נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (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. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. אני משחרר בזה את כל המוסדות שלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם 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. אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, 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 קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____ או על המידע המפורט להלן: _____				

פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	מספר חבר	שם המוסד
שמות נותני השירות	רופאים	מכונים / מעבדות	
מוסדות רפואיים, בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו'	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____ האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			
תאריך	חתימת המבוטח		
1.11.24			

תאריך: י"ב טבת תשפ"ה
12/01/2025
מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לגרוע מטענת התיישנות

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד

ח.ג,

הנדון: תביעה מס' 5004302408462
פוליסה: 74303704323
אירוע מיום: 19/12/2023
שם מבוטח: קוסאי אלקרינאוי

בהמשך לפנייתך ולפתיחת הבקשה לתגמולי ביטוח, הרינו להודיעך כי דרוש לנו זמן נוסף לשם בירור תביעתך ולכן מתעכבת תשובתנו וזאת מהסיבות הבאות:

1. תביעתך נמצאת בבירור פנימי בחברתנו. עם התגבשות עמדתנו ישלח מענה מסודר.
2. חברתנו פועלת לבירור הבקשה ועושה כל שער ידה וכל מאמץ לסיים הבירור בהקדם האפשרי.
3. אנו שומרים לעצמנו את הזכות לבחון את התביעה לגופה במידה ויוכח כי טענת הסף אינה נכונה ו/או חסרה.

- בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח.
- אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
- במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנה.
- מהמידע המצוי בידנו יום קרות האירוע הינו 19/12/2023.
- לתשומת ליבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מניין תקופת ההתיישנות, אלא רק תביעה משפטית אשר הוגשה לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.
- בנוסף, בהתאם לסעיף 4 לפוליסה שעניינו "ועדת חריגים" הינך רשאי לבקש כינוס הועדה אשר מורכבת מ- 3 או 5 נציגים: ממשד החינוך, מארגון ההורים הארצי ומנציגות חברתנו. יש לשלוח דרישה להתכנסות ועדת חריגים באמצעות חברתנו.
- הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור בחברתנו, בפקס מס': 072-2469051 או באמצעות הדוא"ל: tzibur@ayalon-ns.co.il. כמו כן, הנך רשאי לפנות לערכאות משפטיות למיציא זכויותיך ו/או לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

לי אוחנה,

צוות תשלומי ביטוח
אגף בריאות

עו"ד

תאריך: י"ב ניסן תשפ"ה
10/04/2025
מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לגרוע מטענת התיישנות

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
באמצעות דואר אלקטרוני

ח.ג,

הנדון: תביעה מס' 5004302408462
פוליסה: תאונות אישיות תלמידים
אירוע מיום: 19/12/2023
שם מבוטח: קוסאי אלקרינאוי

בהמשך לטיפולנו בתביעה, להלן תשובתנו:

1. על מנת להמשיך את הטיפול בתביעה, ומבלי להתחייב, הוחלט על קיום חקירה לבירור נסיבות המקרה.
2. הריני להסב את תשומת לבך כי עפ"י חוק חוזה הביטוח תשמ"א, סעיף 23ב, "על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם".
3. היות ומרשך מסרב לשתף פעולה עם החוקר מטעמנו, לצערנו, דין התביעה להידחות.

- בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח.
- אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
- במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנה.
- מהמידע המצוי בידנו יום קרות האירוע הינו 19.12.2023.
- לתשומת ליבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מניין תקופת ההתיישנות, אלא רק תביעה משפטית אשר הוגשה לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.
- בנוסף, בהתאם לסעיף 4 לפוליסה שעניינו "ועדת חריגים" הינך רשאי לבקש כינוס הועדה אשר מורכבת מ- 3 או 5 נציגים: ממוסד החינוך, מארגון ההורים הארצי ומנציגות חברתנו. יש לשלוח דרישה להתכנסות ועדת חריגים באמצעות חברתנו.
- הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור בחברתנו, בפקס מס': 072-2469051 או באמצעות הדוא"ל: tzibur@ayalon-ins.co.il. כמו כן, הנך רשאי לפנות לערכאות משפטיות למיציא זכויותיך ו/או לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,
לי אוחנה, עו"ד
צוות תאונות אישיות
אגף הבריאות