

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
דפים	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

1 פרטי התובע

שם משפחה: הסלח שם פרטי: שמר

מספר זהות: 30783723

פרטי בן / בת זוג

מצב משפחתי: נשוי מספר זהות בן זוג (נשוי / צ): 30783723

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<u>הירקון</u>	<u>6</u>		<u>5</u>	<u>ראשון לציון</u>	<u>7523705</u>

טלפון קווי: 0549796445 טלפון נייד: 0549796445

דואר אלקטרוני: @

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידענותך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת זהות)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
☒ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: 2/2/25 2/1/25
☐ אני ממשיך לעבוד

האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?
☐ לא ☐ כן, מהמעסיק (צרף אישור) ☐ כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הוגנית, מזומנת, הכנסה מרכוש וכד'?
☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (צרף אישור)

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:
☐ אני התובע מסרב לך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- "V" במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☐ כן	☐ כן
2 ☐ הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 ☐ יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ☐ ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ☐ ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ☐ ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור ☐ לא ☐ כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור ☐ לא ☐ כן		☐ כן	☐ כן
7 ☒ מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		☒ כן	☒ כן
8 ☐ מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☒ כן	☐ כן
9 ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעיים)		☐ כן	☐ כן
10 ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 ☐ מחלת לב		☐ כן	☐ כן
13 ☐ מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☐ כן	☐ כן
15 ☐ סכרת		☐ כן	☐ כן
16 ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 ☐ קורונה		☐ כן	☐ כן
18 ☐ נפגע/ת תקיפה מינית		☐ כן	☐ כן
19 ☐ אחר		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):
☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☐ לא ☒ כן, תאריך תאונה: 2/2/25 - חובה לענות על שאלה זו
האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב) ☒ לא ☐ כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☒ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד.

חתימת התובע *

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
☐ יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☒ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:	סרינר	אריאל	4 2 2 5 6
☒ יפוי כוח ☐ צו אפטרופוסות ☐ פסק דין ☐ אחר:	טלפון להתקשרות	דואר אלקטרוני	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצורף העתק	103744112358	frei.ariel@gmail.com	
תאריך	חתימה *		
14/5/25			

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק הפועלים	יגאלון / קריית	344	270041
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.			
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.			
אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.			
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.			
תאריך	חתימת תובע הקצבה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	קרבה לתובע
14.5.25			

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ"ט ☐ כן ☐ לא
☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים מותני ההטבות.

תאריך 14.5.25 חתימת התובע או מגיש התביעה *

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים			
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	שם פרטי
33	307837723	שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	
קסרה		שר	
חבר בקופת חולים			
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתינת לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 14.5.23 חתימת התביעה *



לבירור חוצאות בדיקות וקביעת תורים-
היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה. תשלום - 1996 חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1961 ואין למסור אותו לאף אדם אלא לפי אישור מפורש של המנהל. המידע המופיע במסמך זה הוא למטרה בלבד. אין להעביר את המידע למטרה אחרת. אין להעביר את המידע למטרה אחרת. אין להעביר את המידע למטרה אחרת.

שם משפחה: קסורלה	ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31
שם פרטי: שחר	ת. זהות: 307837773 מין: זכר
כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 054-9796445	שם האב: משה שם האם: דנה
זמן קבלה: 11:50 02/02/2025	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 11:54 02/02/2025	מספר מקרה: 12329684
זמן שחרור: 16:11 02/02/2025	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
OPEN FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED	815.10	Right		✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 31 בריא בד"כ

ללא רגישות לתרופות

שובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.

מועד טטנוס אחרון לא ידוע.

מ/א ORIF ANKLE שמאל לאחר תאונת אופנוע

היום תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה. חבש קסדה

ללא אובדן הכרה. נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4 בנוסף שפשוף שטחי בשוק ימין.

בבדיקתו פצע בגודל 0.5*0.5 ס"מ, ב-ZONE רדיאלי,

רגישות בגלילים מרוחקים באצבע 4+3, חסר ציסורן באצבע 4, ללא מעורבות מיטת הציפורן.

רגישות על גבי PIP 4,

תפקוד FDS + FDP שמורים

יישור שמור, תחושה שמורה

שמור NV

בצילומים- שברי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לחטצה

המשך מכתב: 307837773 שחר קסורלה

הוצע למטופל הנחת תפר נילון עור על גבי הפצע. להמסור את המטופל במר"ד טופל בצפמיזין IV וחיסון טטוס. שטיפה מרובה להצילם. חבישה מרדף. הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

המלצות

המשך אנטיביוטיקה לפי מרשם מצורף
ביקורת מרפאת כף יד בשבוע הבא במוסדים לצורך העדכון של תרופות. נא לקבוע חור טלפוניית נחספר 089779810 (יש להגיע עם טופס 17)

לוגדי כאב לפי מרשם מצורף

יד מורמת במתלה רוב שעות היממה. הפעלת אצבעות מרובה
יד בחבישת אצבע אל אצבע עד לביקורת מרפאות. אין להסירה או להרטיבה
חופשת מחלה שלושה שבועות

בכל החמרה משמעותית בכאבים, נפיחות מתגברת משמעותית, חישוק, חוסר תחושה או נימול באצבעות או כל החמרה אחרת, יש לפנות לבדיקה רפואית

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	FLASH TAB ושימוש בעת כאב מתפרץ - לפי הצורך			7 ימים	X 4 ביום	50 mg	PO	TRAMADEX FLASH TAB 50MG (TRAMADOL)
✓	מקסימום 8 קפלויות ליום			10 ימים	X 4 ביום	1 cpl	PO	ROKACET PLUS CAPLET (CAFFEINE, CODEINE, PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN))
✓				3 ימים	X 4 ביום	500 mg	PO	CEFURAL CAP 500MG (CEPHELEXIN)

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
97	36.8	86	114/81

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר קומיי יואב מ.ר. 1178110	רופא/ה מורשה/ת שחרור	02/02/2025 15:40



מרפאה כירורגית יד

מנהלת: דר' אבישר ארן, מ.ר. 34126

אח"ש אחראית: מירב חיים
 טל: 08-9779610 פקס: 08-9779611



המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996. חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסד אותו ולא את תוכנו ולא את פרטיו. ככלל אינם נאוי גוף אלא בריאותם
 להוראות החוק, מסירת המידע בדבר אמצעי בטיחות, אלה, מזהה עבודה

שם משפחה: קסורלה	ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31
שם פרטי: שחר	ת. זהות: 307837773 מין: זכר
כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705	מצב משפחתי: משוי'אה 0
טלפון: 054-9796445	שם האב: משה שם האם: דנה
זמן קבלה: 10:38 09/02/2025	קופ"ח כלית
זמן הפקת התדפיס: 12:24 09/02/2025	מספר ביקור: 35288111

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

בן 31 בריא בד"כ
 ללא רגישות לתרופות
 עובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.
 2/2/25 תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה, נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4.
 במיון אובחן עם שברי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לחטציה.
 בבדיקתו פצע קטן באצבע 0.5*0.5 ס"מ בגובה DIPJ.
 הוצע למטופל הנחת תפר ניילון עורי על גבי הפצע, אך לא היה מעוניין.
 במלר"ד טופל בצפמיזין IV, וחיסון טטנוס. שטיפה מרובה לפצעים, חבישה פולידין.
 הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

ביקורת 9/2/25
 השלים טיפול אנטיביוטי

בדיקה:

נפיחות אצבעות 3+4 ימין,
 פצע במאה נקי באצבע 4,
 רגיות קצות אצבעות PIPJ אצבע 4,
 ללא חסר NV
 מנגנון יישור וכיפוף תקין
 קיים גזרור אולנרי אצבע 4

צילום ביקורת - שבר בסיס גליל אמצעי אצבע 4 אספקט וולארי בעמדה לא מתקבלת

הוסב על הצורך בניתוח לשחזור השבר והמטח המפרקי וקיבוע בחדר ניתוח.

יקבל תור לניתוח.

המלצות:

המשך חבישת אצבע לאצבע וחבישה מרופדת קצה אצבעות
 יקבל תור לניתוח - יש לזהות בצום 6 שעות בטרם ניתוח

אבחנת בדיקה

אבחנה	קט'	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	818.01	Right		✓			
4771							
CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	818.02	Right					

לא ידועה רגישות לתחפות

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר בן סירה יובל היינץ מר 170928	רופא המסכם ת	09/02/2025 12 24

כל זכות

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז"

www.kol-zochut.org.il

"קול הבריאות"

5400 לכל יחידות משרד הבריאות

"כל הבריאות"

המערכת לבדיקות זכאיות: call.gov.il

משרד הבריאות

בתיים בריאותיים

חטיבת המרכזים והרפאים הממשלתיים



לכבוד:

קסורלה שחר

הירקון 5/6

ראשון לציון 7523705

תאריך 10.02.25



א.ג.ב.

הנדון: הזמנה לניתוח באשפוז

מר/גב' קסורלה שחר 3-30783777

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

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

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

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

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

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



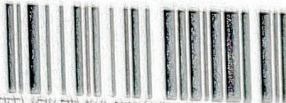
***** הרדמה כללית - צום מחצות *****	
הערות מטופלים שיופיעו ללא כל הבדיקות, היעוצים הנדרשים והתחייבות כספית לא יתקבלו. למבוגרים/ מתבגרים בגיל העשרה: אין להגיע לניתוח עם איפור. חפצי ערך כגון: תכשיטים, כרטיסי אשראי וסכומי כסף ניתן להפקיד בכספת המיועדת למטרה זאת במשרד הקבלה בבניין המחלקה לרפואה דחופה (מיון). וכן להסיר בניית ציפורניים ופירסינג. בית החולים לא יהיה אחראי בשום מקרה לאובדן חפצי ערך כאמור. מועד ושעת הניתוח עשויים להשתנות בשל ניתוחים דחופים או עומס בלתי מתוכנן בחדרי הניתוח. אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה. במידה ואין ביכולתך להגיע נבקש להודיע לנו בהקדם.	

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

מרפאה כירורגית יד

מנהל/ת: דר' אבישר ארז מ.ר. 34126

אח/ת אחראי/ת: מירב חיים
טל: 08-9779610 פקס: 08-9779611



המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1982. יצא למסמך אולם לא ניתן להעביר/לשכפל/לפרסם שחוקי המידע לכל אדם ו/או גוף אלא בידעם לחוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקצב בחוקים אלה, מחוזה עבירה.

שם משפחה: קסורלה	ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31
שם פרטי: שחר	ת. זהות: 307837773 מין: זכר
כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 054-9796445	שם האב: משה שם האם: דנה
זמן קבלה: 11:04 20/04/2025	קופ"ח כללית
	מספר ביקור: 35366923

זמן הפקת התדפיס: 11:35 20/04/2025

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

בן 31 בריא בד"כ
ללא רגישות לתרופות
עובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.
2/2/25 תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה, נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4.
פגש שברים לאצבעות 3-4.

נותח ב- 13.2.25 ועבר ORIF של שבר גליל אמצעי של אצבע 4, ניתוח נצפה הרס משמעותי של המפרק עם פגיעה במי"צבים והיעדר סחוס במשטח הפרקי, בוצע קיבוע לשמירת ציר לקראת אופציה של ניתוח דפיניטיבי בעתיד. בהמשך נותח שוב ב- 20.2.24 בשל זיהום פצע הניתוח, טופל גם באנטיביוטיקה IV.

30.4.25 - הוצאו קירשנרים. האצבע בציר תקין, ללא תנועה במפרקי DIP, PIP. גלד נקרוטי באספקט וולרי. ללא סימני זיהום.
אצבע סמוכה 3 - נוקשות חלקית
בצילום - הרס של ה- DIP, PIP בסובלוקסציה.

זקוק לטיפול שיקומי - הפנייה בהקדם למכון רפוי בעיסוק / פיסיותרפיה
ביקורת בעוד כחודש

המשך חופש מחלה חודש נוסף

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	816.01	Right		✓			
4TH							
CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	816.02	Right					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
------	-----------	-------	--------------	----	-----	-------



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

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

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 16/02/2025

אישור מחלה

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

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

124911

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

16/02/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

00307837773

קסורלה שחר



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

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

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 21/04/2025

אישור מחלה

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

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

124911

ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

21/04/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדרה סמוגלסקי

00307837773

קסורלה שחר

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר קסר, מס' 30722773, מרחוב ברקן 5, השכר,
ת.ז. מס' 2/2/25 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 2/2/25
נגד נא מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי חת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 2 שנה 2025

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריי
מס' רשומה 42254