



## בית משפט השלום בהרצלייה

03 יולי 2025

ת"א 10121-07-25 אוחנה נ' כץ משלוח  
בינעירוני מהיר בע"מ ואח'

### אישור פתיחת תיק

### مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 03/07/2025 בשעה (بالساعة) 14:33 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 10121-07-25 אוחנה נ' כץ משלוח בינעירוני מהיר בע"מ ואח'.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו, 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](http://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](http://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:



התובעת:

**טובה אוחנה, ת"ז 28431971**  
מרחוב הרב אלנקווה 11/23, תל אביב  
טלפון: 050-8673263

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

– נ ג ד –

הנתבעות:

1. **כץ משלוח בינעירוני מהיר בע"מ, ח.פ. 510990997**  
מרחוב אזור התעשייה 1, גבעת ברנר 6094800  
טל: 089449999 פקס: 08-9449996  
מייל: shimshon@katzd.co.il

2. **דאחם אבו גריבה, ת"ז 204201787**  
מלקיה, לקיה

3. **הפניקס חברה לביטוח בע"מ**  
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים  
טל': 03-7332202; פקס: 03-7337869  
דוא"ל: PtichotHova@fnx.co.il



מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

819 ₪ (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

בית המשפט:

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

כתב תביעה

הזמנה לדין

הואיל והתובעת הגישה כנגדך כתב תביעה 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 חברה הרשומה כחוק בישראל, העוסקת, בין היתר במשלוחים והפצה (להלן: "העסק"), ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה העסיקה את התובעת.
2. הנתבע 2 הינו עובד הנתבעת 1 ו/או מי מטעמה אשר בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הנוהג ו/או המשתמש במלגזה אשר פגעה בתובעת כפי שיפורט בהרחבה להלן.
3. הנתבעת 3 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, אשר בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה ביטחה את הנתבעת 1 בביטוח אחריות.
4. התובעת, ילידת 3.1.1971 היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו, עובדת הנתבעת 1 ומי שהעסקה על ידה.

**ב. הסעד המבוקש:**

5. התובעת נפגעה מחמת התרשלות ו/או הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעים 1 - 2 במעשה ו/או במחדל, ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
6. התובעת עובדת תפעול. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, היא נעדרה מעבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
7. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
8. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה נזקקה התובעת לנסיעות לטיפולים רפואיים והיא נזקקה להוצאות רפואיות ופארא רפואיות והיא תזדקק לכך גם בעתיד.
9. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

**10. להלן פירוט נזקי התובעת:**

**א. נזק מיוחד:**

|           |                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------|
| 140,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר-                                  |
| 45,000 ₪  | (2) עזרת הזולת בעבר –                                    |
| 15,000 ₪  | (3) הוצאות רפואיות ופארא רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 18,300 ₪  | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר –            |

**ב. נזק כללי:**

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקיה, 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 נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

#### **ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:**

11. בתאריך 06.03.2024, במהלך עבודתה, הנתבע 2, שהשתמש במלגזה חשמלית מסוג "אדם הולך" נסע אחורנית ופגע בתובעת אשר הועפה ונחבטה בקרקע (להלן: "התאונה").

#### **רצ"ב תמונות המלגזה, טופס דיווח ותמונות המקום, מסומנות "כנספח 1".**

12. התובעת תטען, כי אינה יודעת ולא יכולה היתה לדעת מה היו הסיבות המדויקות שגרמו לתאונה, כי התאונה נגרמה כתוצאה מחפץ שהיה בשליטתם המלאה של הנתבעים 1 – 2, וכי עצם אירוע התאונה מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצידם מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעים הנטל להוכיח, כי לא באשם אירעה התאונה.

13. בנוסף תטען התובעת כי המדובר הוא בחפץ מסוכן אשר היה בבעלות ו/או בשליטת הנתבעים 1 – 2 וכי גם מן הטעם הזה על הנתבעים הנטל להוכיח כי לא באשמתם אירעה התאונה.

14. לחילופין, תטען התובעת, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעים 1 – 2 ו/או עקב התרשלותם, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

#### **הנתבעת 1:**

א. לא סיפקה לתובעת סביבת עבודה בטוחה.

ב. התרשלה בכך שאפשרה ו/או הנהיגה שינוע והנעת כלים מכניים באופן המסכן את העובדים.

ג. התרשלה בכך שלא תחמה ו/או הגדירה אזור וסביבת עבודה בטוחים ומוגנים.

ד. התרשלה בכך שלא הדריכה ו/או הכשירה את המשתמשים ו/או מפעילי המלגזות בעבודות שינוע ו/או פריקה ו/או וטעינה.

ה. התרשלה בכך שלא דאגה לנקיטת אמצעי זהירות המתחייבים בהתחשב בסיכון ובהתחשב באופי העבודה.

ו. התרשלה בכך שלא הנהיגה ו/או הטמיעה שיטת עבודה בטוחה וזהירה.

ז. התרשלה בכך שלא הקפידה על יישום כללי הבטיחות.

ח. התרשלה בכך שלא ביצעה הדרכות תקופתיות בדגש וביחס לסיכונים הכרוכים.

ט. התרשלה בכך שלא וידאה כי עובדיה מקפידים ופועלים בהתאם לכללי הזהירות והבטיחות.

י. לא פעלה כפי שמעביד סביר וזהיר היה פועל בנסיבות דומות.

יא. הפרה חובותיה החקוקות בתקנות 2, 3, 4, 7, 10א לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (מסירת מידע והדרכת עובדים), תשנ"ט-1999. הוראות סעיפים 49, 80, 172 לפקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש), התש"ל-1970 והתקנות שהותקנו על פיהן.

## **הנתבע 2:**

א. נהג בחוסר זהירות ו/או באופן מסוכן.

ב. נהג בפזיזות ו/או בחוסר אחריות ו/או באופן שיש בו כדי לגרום נזק.

ג. התרשל בכך שהפעיל מלגזה בהתעלם מתנאי הסביבה.

ד. לא פעל שפי שמשמש סביר וזהיר היה נוהג בנסיבות.

ה. פעל בניגוד להוראות ולכללים הנדרשים ו/או המתחייבים ממפעיל מלגזה.

ו. פעל בניגוד להנחיות ולמצופה ממפעיל מלגזה מסוג זה.

ז. הפר חובות חקוקות בתקנות 2, 3, 4, 7, 10א לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (מסירת מידע והדרכת עובדים), תשנ"ט-1999. הוראות סעיפים 49, 80, 172 לפקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש), התש"ל-1970 והתקנות שהותקנו על פיהן.

15. לאחר התאונה פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי במוקד "ביקור רופא", כשהיא כאובה וחבלות מעטרות את פניה ופלג גופה השמאלי, בבדיקה הודגמה רגישות ניכרת ונפיחות במרפק ובכף יד שמאל, עם קושי ניכר בהנעה. בדיקת הדמיה שבוצעה הדגימה שבר מסוג Maison 2, ידה הונחה בסד גבס אחורי והיא שוחררה לביתה כשידה מגובסת, בהמלצה להימנע מפעילות, יד מורמת, המשך מעקב רפואי, פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

16. התובעת, אשר המשיכה לסבול מכאבים עזים והגבלה בתנועות זרוע, מרפק וכף יד שמאל, פנתה לקבלת טיפול במרפאת כף יד בבית החולים "וולפסון", נוכח הגבלה ניכרת בטווחי התנועה וקושי בתפקוד הוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי, וביצוע בדיקת CT במסגרת המיון.

17. התובעת נבדקה במיון בית החולים שם בוצעה בדיקת הדמיה אשר הדגימה שבר בראש הרדיוס עם תזוזה ובבדיקתה הודגמה הגבלה ניכרת. לאחר התייעצות בכירים הוחלט, בשלב זה, על המשך טיפול שמרני, יד נתונה במתלה, חופשת מחלה והמשך מעקב.

18. התובעת המשיכה במעקב רפואי הן במסגרת מרפאות כף יד של בית החולים והן במסגרת הקהילה, ביצעה טיפולי פיזיותרפיה ותרגילים לחיזוק ולשיפור טווחי התנועה.

19. לאחר תקופת היעדרות חזרה התובעת למקום עבודתה ובנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות מרפק, כף יד וזרוע שמאל החלה לסבול מחרדה ועקה וניתן לה טיפול לשיכוך כאב וטיפול תרופתי להרגעה.

20. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה ומעקב אינטנסיביים אולם, נותרה עם הגבלה ניכרת וכאבים עזים בתנועות מרפק וכף יד שמאל והיא הופנתה להמשך מעקב וטיפול, בין היתר, במסגרת מרפאות כאב.

#### **רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2"**

21. ד"ר תומר קרבאל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובעת קבע בפרק הדיון והמסקנות כדלקמן:

"גברת אוחנה, ביום 6.3.24 נפגעה ממלגזה בעבודה נפלה ובלמה עם יד שמאל מושטת, נחבלה במרפק שמאל, טופלה במוקד רפואי, בבית חולים ולפסון ובמרפאות קופת חולים.

צילומים של מרפק שמאל שבר ראש רדיוס עם פרגמנט גדול מנותק דרגה שתיים לפי מייסון. עקב איחוי של השבר עם תזוזה, והגבלה ממשית בטווחי התנועה עברה מניפולציה בהרדמה להשיג תנועה במישורי המרפק..."

22. ד"ר קרבאל קבע את נכותה כדלקמן:

"לאחר שקראתי תוכן התיק ובדקתי את גברת אוחנה אני קובע קשר גרימה בין מצבה לתאונה.

יש הגבלת תנועות במרפק- יישור חסר 20 מעלות. כיפוף 90. זה בהחלט מקנה נכות ופוגע בתפקוד

מקבלת זריקות קורטיזון למרפק

לציין איטרת יד שמאל. דומיננטית יד שמאל

23. נכות צמיתה כדלקמן:

**מרפק שמאל 15% הגבלת תנועות לפי 41(6)א מותאם ביניים**

**רצ"ב חוות דעת ד"ר קרבאל, מסומנת "כנספח 3".**



24. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות זרוע, מרפק וכף יד שמאל. מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה, קושי בכיפוף, קושי בכתיבה, קושי באחיזה ונשיאת חפצים ומשאות, מהפרעות בתחושה, מקשיי הירדמות, חוסר שינה רציפה, והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

25. התובעת מנהלת תפעול, בתפקידה נדרשת היא הן לעבודה משרדית והן לעבודה פיזית, לאחר התאונה ומחמת נאלצה התובעת להעדר מעבודתה, היא מתקשה בביצועה, נזקקת להפוגות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

26. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת בביצוע פעולות יומיומיות שונות ותיזקק לכך גם בעתיד.

27. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות והסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

#### **ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:**

28. הנתבעים 1-2 חייבים לפצות את התובעת בגין אחריותם לתאונה כמפורט לעיל.

29. הנתבעת 3 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת הנתבעת 1.

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

31. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 3.

32. אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם, ביחד ולחוד, 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**  
**ב"כ התובעת**

# תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                     | עמוד               |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1: טופס דיווח ותמונות</a> (עמודים 9 עד 13)  | <a href="#">9</a>  |
| <a href="#">נספח 2: תעודות רפואיות</a> (עמודים 15 עד 36)     | <a href="#">15</a> |
| <a href="#">נספח 3: חוות דעת אורתופדית</a> (עמודים 38 עד 41) | <a href="#">38</a> |
| <a href="#">נספח 4: יפוי כח</a> (עמודים 43 עד 44)            | <a href="#">43</a> |



נספח 1 :

טופס דיווח ותמונות

(עמודים 9 עד 13)



## הודעה על מקרה ביטוח רכב רכוש ונזקי גוף

שים לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:

○ צילום רישיון נהיגה של הנהג ○ צילום רישיון רכב ○ צילום ת.ז. של הנהג ○ טופס מינוי שמאי ○ טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

|            |          |              |         |                  |
|------------|----------|--------------|---------|------------------|
| מס' פוליסה | שם הסוכן | שם שמאי מטפל | שם מוסך | ○ הסדר ○ לא הסדר |
|------------|----------|--------------|---------|------------------|

## א. פרטי המבוטח

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| שם פרטי ושם משפחה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | כתובת                               | ת.ז.    |
| כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל) | פקס     |
| <p>באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל, דואר אלקטרוני, פקס, נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: ○ דואר ישראל ○ דואר אלקטרוני</p> <p>בהיעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.</p> <p>בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד, הננו להביא לידיעתך, כי לצורך הטיפול בתביעה נעשה שימוש במאגר רכב רכוש באמצעות מרכז הסליקה, בכל הקשור למידע על הרכב.</p> <p>נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.</p> |                                     |         |
| מספר רישוי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | שם יצרן                             | דגם     |
| שנת ייצור                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | רשום על שם                          | סוג רכב |

## ב. פרטי הנהג

|            |                  |                       |
|------------|------------------|-----------------------|
| שם הנהג    | כתובת            | ת.ז.                  |
| מספר רישוי | טלפון/נייד       | מס' רישיון נהיגה      |
| תאריך לידה | מס' רישיון נהיגה | האם נהג ברשות המבוטח? |

## ג. פרטי אירוע ותאור המקרה

|                                      |                   |                    |                       |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|
| שעת המקרה                            | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |
| תאריך המקרה                          | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |
| מי לדעתך אשם בתאונה? אני ○ נהג צד ג' | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |
| פרטי העדים:                          | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |
| תיאור מפורט של המקרה                 | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |
| מהו התמורר המוצב בדרך                | מקום התאונה/מסובת | חובא לידעית המשטרה | סמן מקום הפגיעה ברכבך |

## ד. פרטי צד ג'

|             |            |             |
|-------------|------------|-------------|
| שם בעל הרכב | שם על הרכב | ת.ז.        |
| כתובת       | כתובת      | טלפון/נייד  |
| שם הנהג     | שם הנהג    | ת.ז.        |
| כתובת       | כתובת      | טלפון/נייד  |
| מס' רישוי   | מס' רישוי  | שם יצרן     |
| צבע         | צבע        | שנת ייצור   |
| חברה מבטחת  | חברה מבטחת | מספר פוליסה |

300205004 | מהדורת נובמבר 2019 | דף 2 מתוך 3

הפניקס חברה לביטוח בע"מ | טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא.  
הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי על פי תנאי הפוליסה.  
על החתום

תאריך: 16/04/24  
בעל הרכב: [חתימה]  
חתימת המבוטח: [חתימה]

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ו/או בכיסוי הביטוחי ו/או בנזק.

| ה. פרטי רכבים מעורבים / נפגעים |              |                |                                                                                                                  |
|--------------------------------|--------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| הועבר לתביעת גוף בתאריך        |              |                |                                                                                                                  |
| נפגעים                         | שם הנפגע     | ת.ז.           | כתובת                                                                                                            |
| 1                              | אחיה         | 028431971      | ת"א                                                                                                              |
|                                | מזהות הפגיעה | אשפוז (שם ב"ח) | טלפון                                                                                                            |
|                                |              |                | 0508673263                                                                                                       |
|                                |              |                | הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר <input type="radio"/> |
| 2                              | סאה          | 010000000      | ת"א                                                                                                              |
|                                | מזהות הפגיעה | אשפוז (שם ב"ח) | טלפון                                                                                                            |
|                                |              |                | הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר <input type="radio"/> |
| 3                              |              |                |                                                                                                                  |
|                                | מזהות הפגיעה | אשפוז (שם ב"ח) | טלפון                                                                                                            |
|                                |              |                | הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר <input type="radio"/> |

1. האם התאונה הייתה תוך כדי עבודה ☐ כן ☐ לא ☐ האם בדרך לעבודה ☐ כן ☐ לא ☐ האם בחזרה מהעבודה ☐ כן ☐ לא ☐

2. האם מעורבת משאית ☐ כן ☐ לא ☐ האם מעורב אופנוע ☐ כן ☐ לא ☐ האם מעורב נגרר ☐ כן ☐ לא ☐ א.מ.ר. נגרר ☐

3. האם הייתה הסעה בשכר ☐ כן ☐ לא ☐ האם מעורב רכב חונה ☐ כן ☐ לא ☐ א.מ.ר. רכב חונה ☐

| ו. עדים למקרה |          |
|---------------|----------|
| שם            | כתובת    |
|               | טלפון    |
|               | מס' ת.ז. |

מה הקשר של העד לאירוע?

| פרטי חשבון הבנק                                                                                  |          |                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------|
| הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה                  |          |                |           |
| שם בעל החשבון                                                                                    |          | ת.ז.           |           |
| שם הבנק                                                                                          | שם הסניף | כתובת הסניף    | מס' חשבון |
| ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח |          |                |           |
| יש לצרף צילום ברור של המחאה                                                                      |          | X              |           |
| תאריך                                                                                            |          | חתימת בעל הרכב |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רישיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותיעוד רפואי.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |
| במקרים בהם לא מצוין תאריך תשלום על גבי רישיון נהיגה, יש להמציא אישור משרד הרישוי לגבי תוקף הרישיון.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |
| הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא, הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי ע"פ תנאי הפוליסה, הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוקה הביטוח תשמ"א - 1891. |                       |
| הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |
| תאריך: 16/04/24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | חתימת המבוטח: [חתימה] |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ע"י קבלת טופס זה אין החברה מזדה באחריותה                                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח |                         |
| תאריך: 16/4/24                                                                                                                                                                                                                                                                     | חתימת בעל הרכב: [חתימה] |







נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 15 עד 36)



שירותי רפואה באקום ומלאן פינוחים לך  
סודי רפואי

## תעודת רפואית

# ביקורופא

www.bikurofe.co.il  
מרכז אשרד, כניסה ד', גאל אלון 90, תא 6789130  
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24 שעת קבלה: 20:51 סיום: 21:36 06/03/2024

מס' מנוי: 28431971

גיל: 53.2

מס' זהות: 28431971

שם המטופל: טובה אוחנה

מרפאה: תל

050-8673263

תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0

כתובת: כללית

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות: לא ידוע

תלונות התולה:

בת 52, תת עילות בלוטת התריס ברקע

כשעתיים טרם קבלתה נפגעה ממגזה שנסעה אחורית, נחבלה בפלג גוף שמאל ונפלה שוללת אבוד הכרה

אומדן כאב: לא נשאל

סטורציה: 98%

דופק: 80 סדיר

לחץ דם: 142/88

מדדים: חום: 36.6 PO

בדיקה גופנית:

מרפק שמאל -

ללא פדורמציה

נפוחות אחורית קלה

רגישות מעל האולקרנון

רגישות מעל ראש רדיוס

הגלבה בטווח תנועה עקב כאב

אין בלוק מכני

שורש כף יד -

נפוחות דורסלית ב DRUJ

רגישות במישור רדיוס דטסלי

ללא חסר NV

בדיקות עזר:

סוג בדיקה

צילום רנטגן

זמן ביצוע

תוצאות

21:20

תוצאות בדף מצורף

אבחנה משוערת:

FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED

טיפולם שבוצעו:

ד"ר רצמי קסיס  
מ.ר. 1-143475

לקוח/ה יקרה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס ראמי

סודי רפואי  
תעודת רפואה

## תעודת רפואה

# ביקורופא

www.bikurofe.co.il  
מרכז אשרה, בניסה ד', ינאל אלון 30, ת"א 6789130  
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24

שעת קבלה: 20:51

סיום: 06/03/2024 21:36

שם המטופל: טובה אורנה

מס' זהות: 28431971

גיל: 53.2

מס' מבני: 28431971

כתובת:

050-8673263

תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0

כללית אביב

מרפאה: תל

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

בצילומי נרטגן - שבר 2 MAISON

הונח סד גבס אחורי אנלגטי

משתחררת עם ההמלצות הבאות

משככי כאיבם

יד מורמת

מעקב אורטופד בהקדם

בכל החמרה ישל פנות לבדיקת חזרת

המשך מעקב אורטופד בהקדם



ד"ר ראמי קסיס  
מ.ר. 1-143475

חתימה וחותמת הרופא:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס ראמי

## תעודת רפואית

# ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשרד, כיסא ד, יאל אלון 90, ת"א 6789130  
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 15158578

תאריך: 06/03/24 שעת קבלה: 20:51 סיום: 21:36 06/03/2024

מס' מנוי: 28431971

גיל: 53.2

מס' זהות: 28431971

שם המטופל: טובה אוחנה

מרפאה: תל

050-8673263

כתובת: תל אביב יפו הרב אל נקווה 11 דירה 0

אביב כללית

### צילום רנטגן

אבריים: שורש כף יד שמאל, AP+LAT, מרפק שמאל, AP+LAT  
שבר MAISON 2 RADIAL HEAD



T\_2000

T\_3000

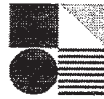
ד"ר ראמי קסיס  
מ.ר. 1-143475

חתימה וחותמת הרופא:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

רשיון הרופא: 143475

שם הרופא: דר' קסיס ראמי



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

## מערכ: אורתופדיה

## מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

|                             |                                       |                         |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| שם יחידה: מרפאה כירורגית יד | מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | אחות אחראית: אלה יצחקוב |
| טלפון: 035028111            | פקס: 035028486                        | דוא"ל:                  |
|                             | זימון תורים וולפסון: 03-5028111       |                         |

נתוני ביקור - תאריך: 10/03/2024 שעה: 08:06 מספר ביקור: 32193398

|                        |                   |                                                      |
|------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה     | ת.ז: 28431971                                        |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53           | טלפון: 050-8673263                                   |
| מין: נקבה              | קופת חולים: כללית | כתובת: תל אביב-יפו<br>הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב |

## אבחנות בביקור

| Rec | M/P | S/P | עיקר | תאריך      | צד   | קוד    | אבחנה                              |
|-----|-----|-----|------|------------|------|--------|------------------------------------|
|     |     |     | ✓    | 06/03/2024 | Left | 813.05 | FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED |

## מעקב רפואי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 10/03/2024 08:07

דיווח / דיון: בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפנים וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקור רופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס. עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי לאור התלונות והרגישות שורש היד והמרפק מופנית למיון להשלמה הברור כולל CT שורש היד והמרפק

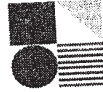
## חתימת רופא

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| שם החותם                | תפקיד       | זמן חתימה        |
| דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | רופא/ה בכיר | 10/03/2024 08:09 |

מכתב הופק בתאריך 10/03/2024 שעה 08:53 הופק על ידי דר' יפה דויד 21517

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.  
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון  
ד"ר יפה דויד  
אורטופד לכירורגיה של היד  
מנהל יחידה לכירורגיה של היד  
מ.ר. מ. 21517  
22304.15962



70: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 72: 972 3 5028211 | 5822012 | רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012  
Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | 5822012 | רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

|                              |                                    |                            |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה | מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736 | אחיות אחראית: ניסימוב יעקב |
| טלפון: 035028313             | פקס:                               | דוא"ל:                     |

|                        |                   |                                                      |
|------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה     | ת.ז: 28431971                                        |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53           | טלפון: 050-8673263                                   |
| מין: נקבה              | קופת חולים: כללית | כתובת: תל אביב-יפו<br>הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב |

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 10/03/2024 שעת קבלה: 08:59 מספר ביקור: 11695674

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 10/03/2024

| אבחנות | Rec | M/P | S/P | עיקרי | תאריך | צד   | קוד    | אבחנה                                        |
|--------|-----|-----|-----|-------|-------|------|--------|----------------------------------------------|
|        |     |     |     | ✓     |       | Left | 813.05 | FRACTURE OF HEAD OF RADIUS, CLOSED           |
|        |     |     |     |       |       | Left | 813.02 | FRACTURE OF CORONOID PROCESS OF ULNA, CLOSED |

סיום טיפול במלרד: שחרור

|            |               |
|------------|---------------|
| אבחנות רקע | בריא בדרך כלל |
|------------|---------------|

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: כאבים

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני  
דרך הגעה: עצמאי

|                        |                  |                                               |
|------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה    | ת.ז: 28431971                                 |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53          | טלפון: 050-8673263                            |
| מין: נקבה              | גורם מממן: כללית | כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556 |

## תלונת החולה בקבלה למיין

הופנתה ממרפאות כף יד לביצוע CT

### מחלה נוכחית

בת 53

בריא

ללא סכרת או עישון

במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפנים וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס.

עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי

נבדקה במרפאות כף יד/ טראומה הופנתה היום לביצוע CT

\*\*\*\*\*

בבדיקה היום יד במתלה, רגישות מקומית במרפק לטראלי, הגבלות כמתואר שורש כף יד עם רגישות ממוקדת על פני SLIL דורסלית, רגישות בטווחים לאל הגבלות ללא חסר מוטורי סנסורי

CT - שבר ראש רדיוס כמתואר 40-50% עם תזוזה, מתאם למאסון 2

שורש כף יד אינני מזהה ממצא גרמי חריף ברור

לציין שבר טיפ קורונויד TYPE1

לציין שברת לחישה לטראלית

הוצגה לצוות בכירים, כעת הומלץ טיפול שמרני

מתלה משכי כאבים

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

הפעלת זורש כף יד ואצבעות

חופש מחלה שבעיים

### מדדים

| תאריך ושעה       | אופן מתן חמצן | הכרה |
|------------------|---------------|------|
| 09:14 10/03/2024 | אוויר חדר     | מלאה |

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

### סיכום ודיון

#### הדרכת מטופלים

| נושא ההדרכה                                                                                                                  | אופן ההדרכה | מקבל ההדרכה | סקטור נותן ההדרכה | שפת ההדרכה | תוצאות ההדרכה | תרופות | תאריך ההדרכה       | הודרך ע"י       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|------------|---------------|--------|--------------------|-----------------|
| הדרכה לאוריינטציה                                                                                                            | בעל-פה      | מטופל       | סיעוד             | עברית      | הבין הכל      |        | 10/03/2024 09:17 4 | אינטיסאר אגבריה |
| דיווח: המטופל.ת ההדרכה בשלבי הטיפול במלר"ד                                                                                   |             |             |                   |            |               |        |                    |                 |
| 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      |        | 10/03/2024 09:17 4 | אינטיסאר אגבריה |
| דיווח: השיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי |             |             |                   |            |               |        |                    |                 |

אומדן כאב מבוגרים

|                        |                  |                                               |
|------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה    | ת.ז: 28431971                                 |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53          | טלפון: 050-8673263                            |
| מין: נקבה              | גורם מממן: כללית | כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556 |

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| מועד עדכון: 09:15 10/03/2024 |                         |
| מצב המטופל                   | מטופל בהכרה מלאה ומתקשר |
| תאריך ושעה:                  | 09:15 10/03/2024        |
| עצמת הכאב                    | 0                       |
|                              |                         |

## המלצות כלליות

המלצה:

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.

## חתימת רופא/ה משחרר/ת

|                            |        |                  |
|----------------------------|--------|------------------|
| שם החותם                   | תפקיד  | זמן חתימה        |
| ד"ר רושקה זכר מ.ר. 1151237 | רופא/ה | 10/03/2024 12:37 |

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**

03-5028111

03-5028111

### וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו **וולפסון שלי**

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים

David Jaffe, M.D  
Orthopedic and Hand Surgeon  
111 Arlozorov street  
Tel Aviv 62098

ד"ר יפה דיוד  
מומחה באורתופדיה ובכירורגיה של היד  
רחוב ארלוזורוב 111  
תל אביב 62098

טלפון: Tel : 03-5059291  
פקס: Fax : 03-5059293  
טלפון לזימון תורים: Tel : 03-5117142

07/03/2024

שם: אוחנה טובה ת.ז: 28431971 ת.לידה: 03/01/1971  
טלפון: 050-8673263  
כתובת: הרב אל נקווה 11/23, תל אביב קופת חולים: כללית

הערה  
אבחנה  
Fracture Radial Head LT

07/03/2024

בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפניו וחבלה אמה שמאל. פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר והגפה קובעה בסד גבס. בעיון בצילום שבר ראש הרדיוס כאשר כ- 60% מהראש שמור בבדיקה לאחר הסרת הגבס הגבלה ביטור המפרק וכן הגבלה בסופינציה, יציבות שמורה ביקורת יום א' מרפאת כף יד, נרכז הרפואי וולפסון, חולון, 07:30.

המלצות:

\* אבקש להפנות האדון לטיפול שיקומי במסגרת המכון לפיזיותרפיה לשיפור טווחי התנועה וחיזוק שרירים

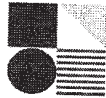
בכבוד רב,

ד"ר יפה דיוד  
אורתופד וכירורג יד  
מנהל יח' כירורגית יד  
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

ד"ר יפה דיוד  
אורתופד וכירורג יד  
מנהל יח' כירורגית יד  
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

07/03/2024

Page 1 of 1



טל: 03-5028211 | פקס: 972 3 5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: אורתופדיה  
מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

|                             |                                       |                         |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| שם יחידה: מרפאה כירורגית יד | מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | אחות אחראית: אלה יצחקוב |
| טלפון: 035028111            | פקס: 035028486                        | דוא"ל:                  |
|                             | זימון תורים וולפסון: 03-5028111       |                         |

נתוני ביקור - תאריך: 17/03/2024 שעה: 07:44 מספר ביקור: 32198073

|                        |                   |                                                      |
|------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה     | ת.ז: 28431971                                        |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53           | טלפון: 050-8673263                                   |
| מין: נקבה              | קופת חולים: כללית | כתובת: תל אביב-יפו<br>הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב |

| אבחנות בביקור |    |     |       |       |      |        |
|---------------|----|-----|-------|-------|------|--------|
| Rec           | MP | S/P | עיקרי | תאריך | צד   | קוד    |
|               |    |     |       |       | Left | 813.02 |
|               |    |     |       |       | Left | 813.05 |

מעקב רפואי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 17/03/2024 07:44

דיווח / דיון: בביקורת היום הטבה בכאב, עדיין הגבלה בטווחי תנועה סוף יישור וסופינציה, אולם עדיין הגבלה בסוף יישור המשך טיפול שיקומי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 10/03/2024 08:07

דיווח / דיון: בת 53, בריאה, במהלך עבודתה חבלה ישירה ממלגזה בתאריך 6.3.2024 מלווה נפילה לפניו וחבל המרפק שמאל, פנתה לביקורופא ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר המערב כ- 40% מראש הרדיוס והיד קובעה בגבס. עם הסרת הגבס בתאריך 7.3.2024 הגבלה בטווחי תנועה עם BLOCK מכאני, ללא פחת עצבי או וסקולרי לאור התלונות והרגישות שורש היד והמרפק מופנית למיין להשלמה הבירור כולל CT שורש היד והמרפק

המלצות כלליות

חופשת מחלה: 1 חודשים.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה כירורגית יד. בעוד 2 שבועות.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון  
דר' יפה דויד  
אורטופד וכירורג יד  
מנהל יחידת לכירורגיה של היד  
מ.ר. 21517  
22304 15862

|                        |                  |                                               |
|------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| שם משפחה: אוחנה        | שם פרטי: טובה    | ת.ז: 28431971                                 |
| תאריך לידה: 03/01/1971 | גיל: 53          | טלפון: 050-8673263                            |
| מין: נקבה              | גורם מממן: כללית | כתובת: הרב רפאל אנקאווא 11/23 תל אביב 6765556 |

אבחנות רקע

|               |
|---------------|
| בריא בדרך כלל |
|---------------|

חתימת רופא

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| שם החותם                | תפקיד       | זמן חתימה        |
| ד"ר יפה דויד מ.ר. 21517 | רופא/ה בכיר | 17/03/2024 07:45 |

מכתב הופק בתאריך 17/03/2024 שעה 08:49 הופק על ידי דר' יפה דויד 21517

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.  
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.



תאריך: 19/03/2024

## תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

|              |                 |            |             |             |                  |
|--------------|-----------------|------------|-------------|-------------|------------------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אזכרה טובה | מס זהות:    | גיל:        | 53.02 מין: ג     |
| ת.לידה:      | 03/01/1971      | ישוב:      | תל אביב -   | רחוב:       | הרב רפאל אנקאווא |
| מס בית:      | 11 / 23         | טלפון:     | 50- 8673263 | טלפון נוסף: | 8- 6816090       |

תאריך תאונה: 06/03/2024

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

| קוד   | איפיון | אבחנה                  |
|-------|--------|------------------------|
| 81342 |        | FRACTURE RADIUS DISTAL |
| 8130  |        | FRACTURE ULNA          |

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 06/03/2024 עד יום 17/04/2024 (בכלל) סה"כ 43 ימים

19/03/2024

19/03/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

איתי סעדיה חסון \*\*נחתם דיגיטלית\*\*

נטקה - תל אביב

חתימה וחומת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

גיל המטופל: 53.05

תאריך ביקור: 16/06/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תאריך תאונה: 06/03/2024

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/03/2024:  
תאונת עבודה-

מלגזה נכנסה בה בעבודה במהלך נסיעה אחורה.  
בשל המכה נפלה על הפנים וצד שמאל של הגוף.

פנתה לביקור רופא- שם בצילום ביד שמאל - שבר אולנה ורדיוס משמאל

כעת כאבים במרפק שמאל ואיזור הפנים.  
16/06/2024

כעת מדווחת שהיד עם יישור של 85% בלבד, כיפוף כתף אחוזים זהים, כאבים במרפק.  
מדובר ביד שמאל ומטופלת איטרת יד ימינה.  
מתקשה בכתיבה, מתקשה בשימושי היום-יום. כאבים איומים.  
פיזיותרפיה פעמיים בשבוע.

צילום בשבוע הבא ולאחר מכן ביקורת אורתופדית.

חזרה לעבודה לפני חודש- סובלת מחרדות ורעד סביב העבודה, שם עדיין מסתובבות  
מלגזות.

#### סימנים חיוניים

גובה: 159 נמדד ב: 22/11/2022

משקל: 65 נמדד ב: 22/11/2022

BMI: 25.71

לחץ דם: 75 / 139 נמדד ב: 26/02/2024

דופק: 64

נמדד ב: 26/02/2024

מתאריך: 24

eGFR: 94.16

| קוד   | איפיון | אבחנה                  |
|-------|--------|------------------------|
| 81342 |        | FRACTURE RADIUS DISTAL |
| 8130  |        | FRACTURE ULNA          |

| P | M | K | N | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                        |
|---|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|------------------------------|
| W | 1 | R | N | אריזה | 1    | 30  | D | 1 | טבליות | TAB  | 1   | CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF |

#### פרטי עדכון

תאריך עדכון: 16/06/2024

רופא מעדכן: איתי סעדיה חסון

מס רשיון: 146508

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שם מרפאה: מרפאת נטקה

קוד מרפאה: 3068

קוד מחוז: 02

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

גיל המטופל: 53.05

תאריך ביקור: 16/06/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תאריך תאונה: 06/03/2024

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/03/2024:  
תאונת עבודה-

מלגזה נכנסה בה בעבודה במהלך נסיעה אחורה.  
בשל המכה נפלה על הפנים וצד שמאל של הגוף.

פנתה לביקור רופא- שם בצילום ביד שמאל - שבר אולנה ורדיוס משמאל

כעת כאבים במרפק שמאל ואיזור הפנים.  
16/06/2024

כעת מדווחת שהיד עם יישור של 85% בלבד, כיפוף כתף אחוזים זהים, כאבים במרפק.  
מדובר ביד שמאל ומטופלת איטרת יד ימינה.  
מתקשה בכתיבה, מתקשה בשימושי היום-יום. כאבים איומים.  
פיזיותרפיה פעמיים בשבוע.

צילום בשבוע הבא ולאחר מכן ביקורת אורתופדית.

חזרה לעבודה לפני חודש- סובלת מחרדות ורעד סביב העבודה, שם עדיין מסתובבות  
מלגזות.

#### סימנים חיוניים

גובה: 159 נמדד ב: 22/11/2022

משקל: 65 נמדד ב: 22/11/2022

BMI: 25.71

לחץ דם: 75 נמדד ב: 26/02/2024 139/

דופק: 64

נמדד ב: 26/02/2024

מתאריך: 24

eGFR: 94.16

| קוד   | אפיין | אבחנה                  |
|-------|-------|------------------------|
| 81342 |       | FRACTURE RADIUS DISTAL |
| 8130  |       | FRACTURE ULNA          |

| P | M | K | N | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                        |
|---|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|------------------------------|
| W | 1 | N |   | אריזה | 1    | 30  | D | 1 | טבליות | TAB  | 1   | CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF |

#### פרטי עדכון

תאריך עדכון: 16/06/2024

רופא מעדכן: איתי סעדיה חסון

מס רשיון: 146508

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שם מרפאה: מרפאת נטקה

קוד מרפאה: 3068

קוד מחוז: 02

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

עמוד 1 מתוך 1

|            |              |           |      |                           |             |
|------------|--------------|-----------|------|---------------------------|-------------|
| 23/06/2024 | ת. ביצוע:    | 2843197-1 | ת"ז: | טובה אוחנה                | נבדק:       |
| 08/07/2024 | אישור פענוח: | 53 שנים   | גיל: | 03/01/1971                | תאריך לידה: |
| 08/07/2024 | ת. הדפסה:    | נקבה      | מין: | מחוז תל אביב יפו, (20000) | מוסד מפנה:  |
|            |              |           |      | מרפאת נטקה, (24240)       | גורם מפנה:  |
|            |              |           |      | מוסא בדארנה, (165568)     | רופא מפנה:  |

**בדיקה: צילום מרפק**

—

**סיבת ההפניה:**

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

**בוצע:**

צילום מרפק בתאריך 23/06/2024 07:43 מ.ג.: 1025002361273 מבצע: נועם טאו;  
צילום מרפק שמאל;

**ממצאים:**

ללא השוואה  
סימני המרטרזיס  
שבר ברדיוס-ייתכן ישן  
פרט לכך ללא ממצא פתולוגי גרמי גס



קורלציה קלינית  
המשך מעקב אורתופדי

**סיכום:**

כמפורט בפענוח לעיל.

8/7/2024 06:44

מספר רשיון: 27366

אושרר ע"י: ד"ר רומן גינדיס

**Yaron Sela, MD.**  
Orthopaedic Surgeon Specialist  
Hand Surgeon Specialist  
39 Kehilat Vilnai St.  
Ramat Hasharon  
Tel: 054-3439454  
Email address

**YS**

yaronsela@gmail.com

**ד"ר ירון סלע**  
מומחה בכירורגיה אורתופדית  
מומחה בכירורגית כף היד  
קהילת וילנה 39,  
רמת השרון  
טל': 054-3439454  
כתובת אימייל

01/09/2024

**הנדון- טובה ארחה . ת.ז. 28431971**

**רקע רפואי -**

בת 53 ברקע בריאה. תת פעילות בלוטת התריס מאוזנת תרופתית. עבודה משלבת משרדית ופיזית. יד שמאל דומיננטית. ללא חום. עבודה כמנהלת הפצה ולוגיסטיקה. ב 6/3/2024 – תאונת עבודה. הופלה על מרפק שמאל. חבלה לראש רדיוס.

בצילום על דיסק מ 20/8/2024 נראה שבר בתזוזה מרכיב תוך מפרקי כ 40 אחוז עם מדרגה ו GAP ויש גם רושם לשבר קורונואיד דרגה 1.

בצילום נוסף על דיסק מ 23/6/2024 – שבר עם תזוזה ויש איחוי עם מדרגה בצד לאטרלאלי של ראש רדיוס.

פונתה למוקד רפואי ב 6/3/2024 ועברה צילום – נאמר לה שיש שבר ראש רדיוס מייסון 2 וקובעה בסד גבס ארוך אשר לאחר יממה הורד. והושארה עם מתלה. היתה בביקורת בוולפסון. הומלץ על פיזיותרפיה שבוצעה לאחר כחודשיים – אחרי מניפולציה סגורה למרפק בבית חולים וולפסון בהרדמה כללית ב 3/4/2024 – לדברי הדו"ח ניתוח המסכם הגיעו להשגת טווחי תנועה מלאים לכיפוף ויישור אך מגבלה קלה ברוטציה של האמה. בהמשך בוצעה פיזיותרפיה. יש שיפור בטווחי תנועה

עדיין כאבים במרפק כאובה בעבודה ממשרדית. יש כאבים במרפק. שבה לעבודתה לאחר 3 חודשים. מקרין כאב לכתף שמאל וכף יד שמאל. נמצאת במרפאת חוץ בוולפסון בביקורות.

**בדיקה גופנית-**

כעת עם מוגבלות ברוטציה של אמה ימין. יש קושי בסופינציה וכאב על ראש רדיוס. כאב בסוף כיפוף עם מגבלה של חסר 10 מעלו לכיפוף. יישור מוגבל ל 20 מעלסת חוסר יישור מימין. ללא חסר וסקולרי או תחושת. מניעה מרפק ימין בכאב ומניעה אצבעות וללא חסר תחושת באצבעות.

**אבחנה-**

**LEFT ELBOW- RADIAL HEAD DISPLACED FRACTURE – MAL UNION**

**המלצות-**

1. הוסבר המצב. יש שבר ראש רדיוס משמאל. עם איחוי בתזוזה יש מגבלה בתנועה. יש לנוח ממאמץ עם היד.
2. יש לבצע CT עדכני למרפק שמאל על מנת לברר סטאטוס נוכחי של המפרק כולל מצב הרדיוס ואולנה.
3. יש לנוח מעבודה פיזית.
4. יש לבצע מיידית פיזיותרפיה והידרותפיה למרפק שמאל. שיפור כיפוף ויישור.
5. משככי כאב לפי הצורך. ניתן לקחת רוקסט פלוס ואופטלגין.
6. מרפאת כאב לפני ואחרי השיקום על מנת לשפר טווחי תנועה כשיש פחות כאב. "בלוק" למרפק והפעלה.

**בברכה רבה, בריאות שלמה !**

ד"ר ירון סלע  
מומחה לכירורגיה אורתופדית כף היד  
מ.ר. 38276



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ  
NORMED LTD.

## מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 06/10/2024  
מספר ביקור: 3976805  
שם הבדיקה: CT מרפק שמאל  
תאריך פענוח: 07/10/2024

שם הנבדק/ת: חדרה טובה  
ת.ז. נבדק/ת: 028431971  
תאריך לידה: 03/01/1971

לכבוד:  
הרופא המטפל: ד"ר איתי סעדיה חסון  
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: לאחר חבלה. הערכה של השברים.

טכניקה: בוצעה סריקה של מרפק שמאל במכשיר ICT מתקדם, עם חתכים דקים של 0.5 מ"מ ברזולוציה גבוהה ללא הזרקות חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורונליים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:  
עיוות של רדיוס פרוקסימלי עם דחיסה של ה-SHAFT וקיצור הצוואר של הרדיוס. דחיסה של הקורטקס בחלק הוולארי של ראש הרדיוס. עיוות של זיז קורונואיד של האולנה. היצרות בין הומרוס דיסטלי, רדיוס ואולנה פרוקסימליים. מספר פרגמנטים גרמיים חופשיים אינטרה ארטיקולרים בחלק הקדמי ואחורי של המפרק. נוזל בכמות קטנה אינטרה ארטיקולרי. ציסטה תת קורטיקלית עם פריצה פוקלית של הקורטקס בטרוכליא גודלה כ-4 מ"מ. רקמות רכות ללא ממצא גס במגבלות בדיקת CT.

לסיכום:  
שינויים פוסט חבלתיים נרחבים בעיקר מערבים רדיוס פרוקסימלי, פרגמנטים גרמיים חופשיים אינטרה ארטיקולרים. התפתחות של שינויים דגנרטיביים במרפק.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול. דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. \*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד. דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת  
דר' פייסחוביץ מ.ר. 38069  
מומחית ברדיולוגיה מ.ר.מ. 31223

חדרה טובה 028431971  
שם מדפסה: גיא ש  
מסמך זה נחתם אלקטרונית

13/02/2025

21:38

לכבוד  
הרופא המטפל

ד ר' נכבד

**הנדון: טובה חדרה ת. 028431971**

הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 13/02/2025

**להלן ממצאי בדיקה על קולית של כתף שמאל:**

הסיבה לביצוע הבדיקה – כאבים

**Long Tendon Of Biceps Muscle** : הודגם במקום אנטומי אין לראות קרע. נזול בכמות קטנה סביבו.

**Tendon Supraspinatus** : הדגמה תקינה.

**Tendon Infrapinatus** : הדגמה תקינה.

**Tendon Teres Minor** : הדגמה תקינה.

**Tendon Subscapularis** : הדגמה תקינה.

**Subdeltoid and Subacromial Bursa** : נזול בכמות קטנה.

מפרק אקרומיוקליקולרי: ללא ממצא חולני.

בפרק הכתף: לא הודגם נזול יתר.

מבנה גרמי : תקין.

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק  
ו בברכה,

**פוענח ע"י:** ד"ר פילשטינסקי אלכס. מ.ר. 21750

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. מ. 12630

**הוקלד ע"י:** עמאר אבו נאג'י

**התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת**

**Yaron Sela, MD.**  
Orthopaedic Surgeon Specialist  
Hand Surgeon Specialist  
39 Kehilat Vilnai St.  
Ramat Hasharon  
Tel: 054-3439454  
Email address

**YS**

varonsela@gmail.com

**ד"ר ירון סלע**  
מומחה בכירורגיה אורתופדית  
מומחה בכירורגית כף היד  
קהילת וילנה 39,  
רמת השרון  
טל': 054-3439454  
כתובת אימייל

01/09/2024

הנדון - טובה ארזנה . ת.ז. 28431971

**רקע רפואי -**

בת 53 ברקע בריאה. תת פעילות בלוטת התריס מאוזנת תרופתית. עבודה משלבת משרדית ופיזית. יד שמאל דומיננטית. ללא חוס. עבודה כמנהלת הפצה ולוגיסטיקה. ב 6/3/2024 - תאונת עבודה. הופלה על מרפק שמאל. חבלה לראש רדיוס. בצילום על דיסק מ 20/8/2024 נראה שבר בתזוזה מרכיב תוך מפרקי כ 40 אחוז עם מדרגה 1 ו-GAP ויש גם רושם לשבר קורונואיד דרגה 1.

בצילום נוסף על דיסק מ 23/6/2024 - שבר עם תזוזה ויש איחוי עם מדרגה בצד לאטראלי של ראש רדיוס.

פונתה למוקד רפואי ב 6/3/2024 ועברה צילום - נאמר לה שיש שבר ראש רדיוס מייסון 2 וקובעה בסד גבס ארוך אשר לאחר יממה הורד. והושארה עם מתלה. היתה בביקורת בוולפסון. הומלץ על פיזיותרפיה שבוצעה לאחר כחודשיים - אחרי מניפולציה סגורה למרפק בבית חולים וולפסון בהרדמה כללית ב 3/4/2024 - לדברי הדו"ח ניתוח המסכם הגיעו להשגת טווחי תנועה מלאים לכיפוף ויישור אך מגבלה קלה ברוטציה של האמה. בהמשך בוצעה פיזיותרפיה. יש שיפור בטווחי תנועה

עדיין כאבים במרפק כאובה בעבודה ממשרדית. יש כאבים במרפק. שבה לעבודתה לאחר 3 חודשים. מקרין כאב לכתף שמאל וכף יד שמאל. נמצאת במרפאת חוץ בוולפסון בביקורת.

**בדיקה גופנית -**

כעת עם מוגבלות ברוטציה של אמה ימין. יש קושי בסופינציה וכאב על ראש רדיוס. כאב בסוף כיפוף עם מגבלה של חסר 10 מעלו לכיפוף. יישור מוגבל ל 20 מעלטת חוסר יישור מימין. ללא חסר וסקולרי או תחושת. מניעה מרפק ימין בכאב ומניעה אצבעות וללא חסר תחושת אצבעות.

**אבחנה -**

**LEFT ELBOW- RADIAL HEAD DISPLACED FRACTURE - MAL UNION**

**המלצות -**

1. הוסבר המצב. יש שבר ראש רדיוס משמאל - עם איחוי בתזוזה יש מגבלה בתנועה. יש לנוח ממאמץ עם היד.
2. יש לבצע CT עדכני למרפק שמאל על מנת לברר סטאטוס נוכחי של המפרק כולל מצב הרדיוס ואולנה.
3. יש לנוח מעבודה פיזית.
4. יש לבצע מיידית פיזיותרפיה והידרותפיה למרפק שמאל. שיפור כיפוף ויישור.
5. משככי כאב לפי הצורך. ניתן לקחת רוקסט פלוס ואופטלגין.
6. מרפאת כאב לפני ואחרי השיקום על מנת לשפר טווחי תנועה כשיש פחות כאב. "בלוק" למרפק והפעלה.

**בברכה רבה, בריאות שלמה !**

יירון סלע  
מומחה בכירורגיה אורתופדית כף היד  
מ.ר. 38276

Frei

תאריך: 17/03/2025

**סיכום ביקור**

|              |                 |           |            |             |                  |             |           |   |
|--------------|-----------------|-----------|------------|-------------|------------------|-------------|-----------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | חדרה טובה | מס זהות:   | 00028431971 | גיל:             | 54.02       | מין:      | נ |
| ת.לידה:      | 03/01/1971      | ישוב:     | תל אביב -  | רחוב:       | הרב רפאל אנקאווא | טלפון נוסף: | 8-6816090 |   |
| מס בית:      | 11 / 23         | טלפון:    | 50-8673263 |             |                  |             |           |   |

06/03/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

**שלום רב,**

תאריך הביקור: 17/03/2025

06/03/2024 תאריך תאונה

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 54, LHD, נפצעה בעבודה ב-3.2024 במרפק שמאל. אובחן שבר במרפק שמאל, טופלה שמרנית. בהמשך מצינת מניפולציה בהרדמה מלאה לשיפור טווחים. עדיין כאבים במרפק שמאל. קושי בפעולות יום יום וכאבים, הגבלה בטווחים. ירידה בתפקוד

בדיקה גופנית: בבדיקתה מרפק שמאל- רגישות רדיוקפטילרית.

יישור-20

כיפוף 120

פרונציה סופינציה 80 לכיוון.

שמורה NV דיסטלית.

בצילום 23.6.24 - שבר ראש רדיוס בעמדה תת אופטימלית וסימני שחיקה אולגוטרוכלאריים. ביצעה CT שהדגים פרגמנטים חופשיים אינטרה ארטיקולריים.

| קוד | איפיון         | אבחנה                     |
|-----|----------------|---------------------------|
| L10 | RADIAL HEAD FX | ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS |

דיון/תוכנית טיפולית: בוצע דיון אודות אפשרויות טיפוליות למרפק הנ"ל כולל ממצאי השחיקה. סוכם כי נמצה טיפול שמרני.

| סטטוס | קוד | פרטי ההפניה              | הפניות             |
|-------|-----|--------------------------|--------------------|
| הודפס | H1  | 70005-בדיקה רפואית - כאב | הפניה לרפואה יועצת |

סיכום והמלצות: מרפאת כאב

משככי כאבים

הפעלה מלאה

ביקורת אורתופד לפי הצורך

**בברכה,**

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

130390

ד"ר שי ציון רבנזפט

חתימה וחזותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



מרכז רפואי רמת אביב  
Ramat Aviv Medical Center  
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מד בע"מ  
NOR MED LTD.

מכון ה-CT

דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 06/10/2024  
מספר ביקור: 3976805  
שם הבדיקה: CT מרפק שמאל  
תאריך פענוח: 07/10/2024

שם הנבדק/ת: חדרה טובה  
ת.ז. נבדק/ת: 028431971  
תאריך לידה: 03/01/1971

לכבוד:  
הרופא המטפל: ד"ר איתי סעדיה חסון  
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: לאחר חבלה. הערכה של השברים.

טכניקה: בוצעה סריקה של מרפק שמאל במכשיר ICT מתקדם, עם חתכים דקים של 0.5 מ"מ ברזולוציה גבוהה ללא הזרקות חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורנלים וסגטלים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:  
עיוות של רדיוס פרוקסימלי עם דחיסה של ה-SHAFT וקיצור הצוואר של הרדיוס. דחיסה של הקורטקס בחלק הוולארי של ראש הרדיוס. עיוות של זיז קורונואיד של האולנה. היצרות בין הומרוס דיסטלי, רדיוס ואולנה פרוקסימליים. מספר פרגמנטים גרמיים חופשיים אינטרה ארטיקולרים בחלק הקדמי ואחורי של המפרק. נוזל בכמות קטנה אינטרה ארטיקולרי. ציסטה תת קורטיקלית עם פריצה פוקלית של הקורטקס בטרוכליא גודלה כ-4 מ"מ. רקמות רכות ללא ממצא גס במגבלות בדיקת CT.

לסיכום:  
שינויים פוסט חבלתיים נרחבים בעיקר מערבים רדיוס פרוקסימלי, פרגמנטים גרמיים חופשיים אינטרה ארטיקולרים. התפתחות של שינויים דגנרטיביים במפרק.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול. דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה. \*\*בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד. דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת  
דר' פייסחוביץ מ.ר. 38069  
מומחית ברדיולוגיה מ.ר.מ. 31223

חדרה טובה 028431971  
שם מדפסה: גיא ש  
מסמך זה נחתם אלקטרונית

גיל המטופל: 54.02

תאריך ביקור: 19/03/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 06/03/2024

תלונות/סיבת הפניה: כאבים לאחר תאונת עבודה, שבר במרפק שמאל, יד דומיננטית, תלונות על הגבלה באישור מרפק. טופלה לידי אורטופד, וגם במעקב רופא אורטופד, תלונה של ניוונים, ברקע HYPOTHYROIDISM

#### סימנים חיוניים

גובה: 159 נמדד ב: 22/11/2022

משקל: 65 נמדד ב: 22/11/2022

BMI: 25.71

לחץ דם: 75 / 139 נמדד ב: 26/02/2024 דופק: 64 נמדד ב: 26/02/2024

מתאריך: 24

eGFR: 90.66

מצאים: כאבים במרפק שמאל, בבדיקה CT-מרפק 2024 -לסיכום: שינויים פוסט חבלתיים נרחבים בעיקר מערבים רדיוס פרוקסימלי, פרגמנטים גרמיים חופשיים אינטרה ארטיקולרים. התפתחות של שינויים דגנרטיביים במרפק. MRI-2023.08 -לורדוזיס צווארית תקינה מודגם אות תקין מלשד החוליות החוט הצווארי תקין ללא מוקדים חריגים בלט דיסק קל היקפי C3 4 בגובה בלט דיסק קל לאחר C4 5 בגובה בלט דיסק קל C5 6 לא מודגמת היצרות של הנקבים אורטופד: בבדיקתה מרפק שמאל- רגישות רדיוקפטילרית. יישור - 20 כיפוף 120 פרונציה סופינציה 80 לכיוון. שמורה NV דיסטלית. בצילום 23.6.24 - שבר ראש רדיוס בעמדה תת אופטימלית וסימני שחיקה אולגוטרוכלאריים. ביצעה CT שהדגים פרגמנטים חופשיים אינטרה ארטיקולריים.

| קוד   | אפיין | אבחנה                |
|-------|-------|----------------------|
| 71942 | LEFT  | PAIN ELBOW           |
|       | LEFT  | S/P # ELBOW          |
| A80   | LEFT  | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 2449  |       | HYPOTHYROIDISM       |

#### דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה וטיפול תרופות

| P  | M | K | N | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                            |
|----|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|----------------------------------|
| PD | 1 | ר | N | יחידה | 1    | 1   | D | 1 | זריקה  | INJ  | 1   | DIPROSPAN 2CC AMP CF             |
| PD | 1 | ק | N | יחידה | 28   | 28  | D | 1 | טבליות | TAB  | 1   | AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG  |
| PD | 1 | ק | N | אריזה | 1    | 30  | D | 1 | כמוסות | CAP  | 1   | ANTI LEG CRAMPS BOX OF 50 CAP CF |
| PD | 1 | ר | N | אריזה | 1    | 20  | D | 1 | להשתמש | GEL  |     | PERSKINDOL ACTIVE GEL 100ML CF   |

| פעולות                              | קוד | כמות |
|-------------------------------------|-----|------|
| 851 פתיחת תיק                       | 851 | 1    |
| 852 בלוק אזורי/מקומי שיטחי (פריפרי) | 852 | 1    |

סיכום והמלצות: טיפול ב-AMITRIPTYLINE מ"ג 10-5 בלילה, כל לילה למשך 4-6 חודש להורדת כאב כרוני. פיזיותרפיה עצמית לפי הדרכה כל בוקר. שימוש במכשיר TENS שלוקחים מיד שרה או קונית ממושגם. חיטוי איזור מרפק שמאל -ראש רדיאוס, הוזרק בהזלפה DIPROSPAN מ"ג 14 ביחד עם LIDOCAINE מ"ג 50

הערות: ביקור חוזר בעוד 3 חודשים.

מבנה סיכומי יועץ

| סוג סיכום   | סטטוס                                    | סיווג חשיבות |
|-------------|------------------------------------------|--------------|
| סיכום ביקור | נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל | רגילה        |

הסיכום ישלח אוטומטית

פרטי עדכון

שם מרפאה: מגדל המאה מקצועית  
קוד מרפאה: 3288  
קוד מחוז: 02

תאריך עדכון: 19/03/2025  
רופא מעדכן: ד"ר ליוויו יוליוס מ קלמן  
מס רשיון: 19991  
מקצוע המעדכן: 35 מרפאת כאב

ד"ר ליוויו יוליוס מ  
מס רשיון: 19991  
מקצוע: 35 מרפאת כאב  
מס' רפואי: 05-1882300  
מס' תעודת זהות: 2408719991

שימוש פנימי

035/01/035/01/01

סוג הסכם: שכיר



נספח 3 :

חוות דעת אורתופדית

(עמודים 38 עד 41)



מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב  
טל. מרפאה 03-6440606  
רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.  
רשיון מומחה מספר 22235

## חוות דעת רפואית

08/04/2025

אני, הח"מ, ד"ר תומר קרבאל, מצהיר בזאת כי אלו פרטיי, פרטי השכלתי וניסיוני:

1. בעל תואר ד"ר לרפואה של הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999.
2. בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה שמספרו 32157 משנת 1999.
3. מומחה בכירורגיה אורטופדית משנת 2006, רישיון מספר 22235.
4. בוגר קורס טראומה אורטופדית מסוג AO משנת 2001.
5. השתלמות באולטרה סאונד פרקי ירך לתינוקות, STOLZALPE, AUSTRIA, אצל פרופסור גרף.
6. רופא פוסק בוועדות ערר של משרד הביטחון.
7. תת התמחות במכון רובין לאורטופדיה, ביה"ח Sinai בבולטימור.
8. רופא בכיר בית החולים שיבא תל-השומר עד 2022



## טובה אוחנה ת.ז 28431971

גברת אוחנה נבדקה על ידי ביום 08/04/2025 לאחר שזוהתה כמקובל  
מסמך זה להגיש בתביעה לביטוח איילון

מסמכים-

- גיליון מוקד רפואי
- גיליון אשפוז בית חולים וולפסון
- מעקב רפואי אורטופד- ד"ר יפה. ד"ר סלע. ד"ר שי
- מעקב מרפאת כאב ד"ר ליווי
- CT מרפק שמאל
- US כתף שמאל
- צילומים

## פרטי המקרה:

בת 54  
ביום 6.3.24 נפגעה ממלגזה בעבודה נפלה ובלמה עם יד שמאל מושטת.

נחבלה במרפק שמאל  
טופלה במוקד רפואי ובית חולים ולפסון מרפאות קופת חולים  
צילומים של מרפק שמאל שבר ראש רדיוס עם פרגמנט גדול מנותק דרגה שתיים לפי מייסון.  
עקב איחוי של השבר עם תזוזה, והגבלה ממשית בטווחי התנועה עברה מניפולציה בהרדמה  
להשיג תנועה במישורי המרפק.  
בדיקת אולטרסאונד כתף שמאל ללא ממצא.  
בדיקת ct מרפק שמאל במעקב איחוי עם מדרגה ראש הרדיוס.  
עשתה פיזיותרפיה

כיום- כאבים וקושי בתנועה במרפק שמאל  
חולשה. קושי בתפקוד יומיומי.

## **בבדיקה:**

RHD

**מרפק שמאל** יישור מינוס 20 מעלות  
כיפוף 90 מעלות  
תנועות סיבוביות – 80 = סופינציה. פרונציה = 80  
מעט אי יציבות לולגוס  
תנועה רדיוקרפלית-  $PF=80$   $DF=80$ .  
הטיה אולנרית=10. הטיה רדיאלית = 20

**מרפק ימין** - טווח מלא  
יישור 0 מעלות  
כיפוף 140 מעלות  
תנועות סיבוביות – 90 = סופינציה. פרונציה = 90



## **דיון ומסקנות**

בת 54  
ביום 6.3.24 נפגעה ממלגזה בעבודה נפלה ובלמה עם יד שמאל מושטת.  
נחבלה במרפק שמאל  
טופלה במוקד רפואי ובית חולים ולפסון מרפאות קופת חולים  
צילומים של מרפק שמאל שבר ראש רדיוס עם פרגמנט גדול מנותק דרגה שתיים לפי מייסון.  
עקב איחוי של השבר עם תזוזה, והגבלה ממשית בטווחי התנועה עברה מניפולציה בהרדמה  
להשיג תנועה במישורי המרפק.  
בדיקת אולטרסאונד כתף שמאל ללא ממצא.  
בדיקת ct מרפק שמאל במעקב איחוי עם מדרגה ראש הרדיוס.  
עשתה פיזיותרפיה

**לסיכום- גברת אוחנה בת 54**  
**תאונה לפני שנה וחודש**  
**נפגעה ע"י מלגזה שהפילה אותה ונחבלה במרפק שמאל**  
**נגרם שבר של ראש רדיוס דרגה שתיים עם מדרגה והגבלה ממשית בתנועה.**

לאחר שקראתי תוכן התיק ובדקתי את גברת אוחנה אני קובע קשר גרימה בין מצבה לתאונה  
יש הגבלת תנועות במרפק- יישור חסר 20 מעלות. כיפוף 90. זה בהחלט מקנה נכות  
ופוגע בתפקוד  
מקבלת זריקות קורטיזון למרפק  
לציין איטרת יד שמאל. דומיננטית יד שמאל

נותרה נכות צמיתה בגובה

- מרפק שמאל 15% הגבלת תנועות לפי 41(6)א מותאם ביניים

ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו  
כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

על החתום  
ד"ר תומר קרבאל

ד"ר תומר קרבאל  
מומחה לכימיה אורגנית  
ואנתרופולוגיה  
מ.ר. 22157 ת.ר. 22283  
הת. תל אביב





נספח 4 :

יפוי כח

(עמודים 43 עד 44)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ מס' 028431971, מרחוב הרב אלנקווה 11, תל אביב,  
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_ להיות באי כוחי במשפט של  
 נגד \_\_\_\_\_ בענין תאונת \_\_\_\_\_ מיום 6.3.24  
 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 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 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 ברישומן 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 1 לחודש 7 שנה 2024

חתימה: ד"ר ארז

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

ארז  
עורך-דין

