

תאריך חתימת המסמך : 20.10.25

רבקה שילר, ת.ז. 346229347 : התובעת

מרחוב הכובשים 50/2, תל אביב
טלפון : 054-8839064

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

– נ ג ד –

1. אגבאריה מוחמד ריפעת, ת"ז 200671332 : הנתבעים

2. כלל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב ראול ולנברג 36, תל אביב
טל' : 073-3949222 ; פקס : 073-3949229
דוא"ל : clal-hova@clal-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פל"ד

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

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

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

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

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

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 802-97-892 (להלן: "**הרכב/ המשאית**").
2. התובעת, ילידת 13.09.1996, נפגעה בתאונה עת רכבה על קורקינט.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב, תמונות פרטי רכב ותוצאות שאילתא, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
5. התובעת עובדת בתחום ההייטק, מחמת מגבלותיה בעטייה של התאונה נאלצה להיעדר מעבודתה ונגרמה לה הפסדי שכר.
6. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותזדקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 5.10.23, בשעה 16:30 או בסמוך לכך, ברחוב המסגר, בתל אביב, עת רכבה על קורקינט נפתחה דלת הרכב במסלולה והיא נפגעה מההתנגשות ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
9. לאחר התאונה פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי בבית החולים וולפסון בחולון כשהיא סובלת מכאבים וחבלות בחזה, בכתף, בזרוע ובכף יד ימין. לאחר בדיקות דימות שוחררה התובעת לביתה כשהיא חבושה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

10. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בטווחי תנועות הצוואר וכף היד פנתה לקבלת טיפול רפואי, היא הופנתה להמשך טיפול שמרני, נטילת תרופות לשיכוך כאב, בדיקות דימות נוספות, טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב רפואי.

11. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה, הן במסגרת הקהילה והן במסגרת פרטית זמ'נה, אך חרף התמדתה מטרות הטיפול לא הושגו והיא נותרה כאובה ומוגבלת בתנועות הצוואר וכף היד, והוחלט להפנותה לייעוץ אורתופד מומחה, בהמלצה להמשך נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

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

12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, שורש כף יד ימין ואצבעות ידה הימנית, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי באחיזה והרמה, מקושי בכתיבה ובהקלדה, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים עזים, מכאבים בעת מאמץ, היא תלויה בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקקת לקבלת טיפול רפואי והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובעת צעירה מוכשרת, עלתה ארצה לפני מספר שנים, עובדת בהייטק, עבודה הכרוכה מעתם טיבה בהקלדה וישיבה ממושכת, מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצה להעדר מעבודתה, נאלצת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

14. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתה ולכך שמתקשה להתנייד באמצעות רכב דו גלגלי כפי שעשתה עובר לתאונה, נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותזדקק לכך גם בעתיד.

15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה, בשים לב לכך שהיא בארץ בגפה, מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותזדקק לה גם בעתיד.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| (1) פגיעה בכושר השתכרותה בעבר – | ₪ 120,500 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 30,250 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 9,500 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 18,400 |

ב. נזק כללי :

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

- (1) הפסדי השתכרותה 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) הוצאות נסיעה בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט :

16. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
 17. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
 18. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
 19. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.
- אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם, 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
נספח 1: תמונות פרטי רכב ותוצאות שאלתא (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 13 עד 38)	13
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 40 עד 40)	40
נספח 4: יפוי כח וויתור על סודיות רפואית (עמודים 42 עד 44)	42



נספח 1 :

תמונות פרטי רכב ותוצאות שאילתא

(עמודים 7 עד 11)



ISUZU

892-97-802

יון רכב



מבחן עד ט

משה סגור דפן הידראולית

12/07/2024

מספר זרוע

20067135-2

13/07/22

תאריך בעלה

08/07/23

00

בעלים קודמים

JALFSR907M70000064

מספר שילוח

איסיו

תוצר מנוע

דגם מנוע

מספר מנוע

צבע

זנדה



בהתאם לתקנות
התעבורה אין
חובה לשואת
רישיון רכב
ורישיון נהיגה
בעת נסיעה עם
זאת, חלה חובה
לשואת תעודה

תעודת זהות
بطاقة هوية
מדינת ישראל
دولة اسرائيل
משרד הפנים
وزارة الداخلية

שם המעמדה: **אליהו**
שם הפרט: **אליהו**
מספר היחיד: **20067135-2**
תאריך הולדה: **25.08.1988**
מספר הפנקס: **20.4.2022**
מספר הזהות: **20067135-2**

מספר הזהות: **20067135-2**

התשלום ניתן
לבטוח לביטוח

מדי

FSR90





קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 09/06/2025
מספר סימוכין 395876

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מהקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תשי"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 09/06/2025 ביחס לרכב מעורב מס' 89297802 בתאונת דרכים מיום 05/10/2023
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדקלמן:
- ב**חברת** כלל חברה לביטוח בע"מ פוליסה 320964923
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים



פרטי אישור התשלום :

מקבל התשלום :	קרנית – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
שולם עבור :	מסירת מידע מחקרן
שם משלם :	
תאריך תשלום :	09/06/2025
סכום לתשלום :	10₪
סוג חכרטיס :	ויזה זהב
ארבע ספרות אחרונות :	458021*****9280
מספר אישור :	2447811268
מספר סימוכין :	395876

בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 13 עד 38)



EST

18N

מיטה מס'



וולפסון. זה בית.

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

אולפסון / ר"ד כירורגי

מיון :	ר"ד כירורגי / מיון טראומה מקרה: 11639334
מ.ז. :	34622934-7 שם: שילר רבקה שרה
אב :	דוגלס כתובת: הכובשים 50/2 תל אביב - יפו מיון: ג
סוג :	אזרח טל: 054-8839064 ת. לידה: 13.09.1996
קופ"ח :	מכבי כסוי: חסר חדש דחוף הפניה: כן
סיבה :	תאונת דרכים
ת.קבלה :	05.10.23 17:54
מפעיל :	ETIH



מ.ר. וולפסון



צוות המחלקה לרפואה דחופה מקדם אותך בברכה!

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

שירות וולפסון שלי - גישה מהירה למסמכים הרפואיים שלך

תוצאות בדיקות דם | בדיקות דימות | סיכומי ביקור ועוד

הכניסה תתאפשר למי שפרטי הנייד שלו מעודכנים במערכת, לצורך ביצוע תהליך זיהוי לכניסה לשירות סרקו את QR קוד או היכנסו לאתר המרכז הרפואי



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

תאריך ושעת הדפסה: 1-0-1 Date- תאריך נוכחי 22:19
חסי רפואי

THE EDITH WOLFSON
University Medical Center



ע"ש אדית וולפסון

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

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

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

שם משפחה: שילר	שם פרטי: רבקה שרה	ת.ז.: 346229347
תאריך לידה: 13/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-8839064
מין: נקבה	קופת חולים: מכבי	כתובת: תל אביב-יפו הכובשים 50/2 תל אביב - יפו

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 05/10/2023 שעת קבלה: 17:54 מספר ביקור: 11639334

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 05/10/2023 שעה: 22:19

יעד השחרור: לביתו/ה

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CONTUSION OF CHEST WALL	922.1			✓			

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

אופן הגעת המטופלת: עצמוני
דרך הגעה: מלווה

תלונת החולה בקבלה למיון

שם משפחה: שילר	שם פרטי: רבקה שרה	ת.ז: 346229347
תאריך לידה: 13/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-8839064
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת 27, בריאה בד"כ

בזמן נסיעתה בקורקנט, נהג אחר במשאית פתח את הדלת באופן פתאומי, והיא התנגשה בדלת. ככל הנראה נחבלה באיזור החזה וכתף מימין אין סימני חבלה בראש, חזה או בטן מלינה על כאבים בכתף וזרוע מימין

במיון

יציבה הימודינמית ונשימתית, ללא חום GCS 15, ללא חוסר נירולוגי חזה סימטרי ללא דיפורמציות, ללא רגישות במישוש, כניסת אוויר טובה בטן ללא סימני חבלה, רכה ולא רגישה כלל

צילום חזה

אורטופד

תרופות שניתנו במלר"ד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN CPL 1000 mg	Once	18:38 05/10/2023	CPL 1000 mg PO
		RN יבסיוקוב יקטירנה מ.ר. 224091	

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	CPL	05/10/2023 18:38	Once Rate from nurse: 0	OPTALGIN CPL 1000 mg
				PO

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקות עזר ברכיב

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום בית החזה-ראש קבוצה	05/10/2023	תאריך הפענוח: 05.10.2023 שעת הפענוח: 19:02:13 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית סרעפת בעמדה תקינה. ללא עדות לתפליט, תסנין או גודש. שערי ריאות אינם מוגדלים. המדיאסטינום וצל הלב אינו מורחבים. דר. ליפבסקי נטלי מספר רשיון: 176472

יעוצים

פרטי המבקש: דר' אסעד עאסם מ.ר. 1137740
תאריך: 18:31 05/10/2023
מחלקה מיעצת: יעוץ - מיון אורטופדי
הגדרת הבעיה: חבלת כתף וזרוע מימין נשלחה לצילומים
השאלה ליועץ: להערכתכם

תשובת היועץ

סטטוס המשך מעקב תאריך נרשם ע"י חתימה

תשובה לא 05/10/2023 דר' מחס נדב סופית 22:15 מ.ר. 151620

בת 27 בריאה בדרך כלל

שם משפחה: שילר	שם פרטי: רבקה שרה	ת.ז: 346229347
תאריך לידה: 13/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-8839064
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

יעוצים

תשובת היועץ

סטטוס המשך
מעקב
תאריך
נרשם ע"י
חתימה

ביום קבלתה ת דרכים כרוכת קוקינט חשמלי. לא זוכרת אם הייתה חבלת ראש. חבשה קסדה. מלינה על כאבים בכף יד מרפק ימין בבדיקתה במצב כלי טוב מתהלכת בתני תקינה שפשוך שטחי במרפק ימין ללא מגלבה בטווחי תנועה במפרק 0-140 פרונסופנציה 90/90 ללא חסר NV שורש יד וכף יד ימין ללא סמני חבלה רגישות קלה במישוש על אולנה דיסטלי ללא רגישות על פני רדיוס דיסטלי ללא רגישות SUNF BOX ללא חסר NV ללא רגישות על פני המסרקים בצילום כף יד + שורש יד 9אמה ומרפק ימין ללא ממצא גרמי חריף

המלצות
נגד כאבים לפי הצורך
המשך מעקב רואפ מטפל
בכל החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
מעקב אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע במידה ועדיין כאובה
קירור מקומי לא ישיר לאיזור החבלה

סיכום ודיון

בת 27, בריאה בד"כ

בזמן נסיעתה בקורקנט, נהג אחר במשאית פתח את הדלת באופן פתאומי, והיא התנגשה בדלת. ככל הנראה נחבלה באיזור החזה וכתף מימין אין סימני חבלה בראש, חזה או בטן מלינה על כאבים בכתף וזרוע מימין

במיון

יציבה הימודינמית ונשימתית, ללא חום GCS 15, ללא חוסר נירולוגי חזה סימטרי ללא דיפורמציות, ללא רגישות במישוש, כניסת אוויר טובה בטן ללא סימני חבלה, רכה ולא רגישה כל

במיון בוצע צילום חזה ללא ממצאים חריגים בהמשך נבדק ע"י רופא אורטופד - יעוצו מצורף.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 18:20 05/10/2023	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
עצמת הכאב	5
מיקום הכאב	יד ימין

שם משפחה: שילר	שם פרטי: רבקה שרה	ת.ז: 346229347
תאריך לידה: 13/09/1996	גיל: 27	טלפון: 054-8839064
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

אופי הכאב	עמום
תדירות הופעת הכאב	אקוטי
כמה זמן נמשך הכאב	הבזקים
התערבות	מתן טיפול תרופתי (ראה מודול תרופות)

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך
המשך מעקב רופא מטפל
בכל החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
מעקב אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע במידה ועדיין כאובה
קירור מקומי לא ישיר לאיזור החבלה
חופשת מחלה: 4 ימים.

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

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' אסעד עאסם מ.ר. 1137740	רופא/ה	05/10/2023 22:19

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.



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

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

תשובה זמנית

ממצאי בדיקה צילום רנטגן

טלפון: 03-5028111 שלוחה פקס: 03-5028120

ת.ז.: 34622934-7

שם: שילר רבקה שרה

טלפון: 054-8839064

כתובת: הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

מקרה: 11639334

מין: נ

גיל: 27 ש

גורם מפנה: ביקור רדיולוגיה

יחידה ארגונית מזמינה: מיון טראומה

!!תשובה ראשונית של רופא מתמחה!! חובה לברר תשובה סופית, יתכנו שינויים משמעותיים.

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
05/10/2023	18:39	צילום בית החזה, קדמי-אחורי, בשכיבה

תולדות מחלה

חבלת חזה מימין

שאלה לבירור

ממצאים? חזה אוויר? אחר

תיאור הבדיקה והמצאים

סרעפת בעמדה תקינה.

ללא עדות לתפליט, תסנין או גודש.

שערי ריאות אינם מוגדלים.

המדיאסטינום וצל הלב אינו מורחבים.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. ליפבסקי נטלי	176472		05/10/2023	19:02

תאריך הקלדה: 05/10/2023





037879

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 346824474

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהלומביץ ראובן 19, בני ברק

אורן גורם

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

שם פרטי: רבקה שרה	שם משפחה: שילר	פרטי הנבדק:
ת.ז.: 346229347	ת.לידה: 13/09/1996	
טלפון: 0535964801	ח.י.נ:	
טל.עבודה/גייד: 0548839064	כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו	
מיקוד: 6801222		0346229347

מכון פיזיותרפיה

גורם משלים: 5 תאונות דרכים

תלונות: ת"ד רכב עם קורקינט - כאבים ביד ימין וצוואר
טופלה בולפסון צ חזה- שכ"י, מרפק - ללא שבר לפי מסמכים

ממצאים: רגשיות צווארית קלה

הנעה צוואר

הנעה כתף מלאה

רגישות קלה באמה ושכ"י ללא נפיחות - הנעה מרפק ושכ"י מלאה

תחושה כח גס תקין

אבחנה:

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- CONTUSION

• VEGETARIANISM (12/2021)

בעיות ידועות:

מעש/ת: כן

**סיבת ההפניה: כף יד - טיפול מקומי ; פראפין
טיפול מקומי**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/10/2023 עד תאריך - 17/04/2024

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

20/10/2023

תאריך

חתימה וחותמת

ד"ר נורם אורן
רשום מכה כיאוס
כירורגיה אורתופדית
מ.ר 12-1997

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

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign חתומי

ח"י



0346229347

מין:

שם ממופל: שילר רבקה שרה

ת"ז: 346229347

גיל: 27 שנים - 1 חודשים

טלפון: 0548839064, 0535964801

קוד רופא

08 ביקור



000254794348

פקס: 03-5296548

אופן גרוס

שם רופא:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מומחיות:

03-5605001

סלפון:

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 20/10/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. etodolac 600 mg * ETOPAN XL (אחרי האוכל קיבה מלאה)	לבלעיה 1 טבליה 1 פעם ביום	10 ימים	1 טבליה				20/10/2023-10/11/2023	כמות ליפוק: TAB 10 ** השתתפות עצמית: 70 %

* ידוע לי שמורשה הרקחות לנפק חלופה בגרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא צ"ן אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם מרשם דיגיטלי ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



מכון CT

הנדון: שילר, רבקה שרה, ת.ז: 346229347 תאריך לידה: 13/09/1996

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 08/01/2024

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של שורש כף יד ימין:
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים עם שחזורים במישורים קורונליים וסג'יטליים, ללא הזרקת חומר ניגוד.

סיבת הבדיקה: לשלול שבר.

ממצאים:
לא הודגמו שברים בעצמות שורש כף היד.
המרווחים בין עצם הסירה לעצם הלונטום ובין עצם הלונטום לעצם הטריקוטרומ הודגמו שמורים.
המפרק הרדיו-אולנרי הדיסטלי הודגם שמור, ללא סימני פריקה או תת פריקה.
הרקמות הרכות - ללא ממצא בולט.

סיכום: ללא ממצא גרמי חבלתי.

בברכה,
ד"ר גוטמן ולדימיר
מומחה לרדיו-לוגיה אבחנתית
מ ר 34827

הוקלד על ידי: אבי פנחסוב
מסמך זה נחתם אלקטרונית



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

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

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



037879



קוד הפניה: 346824474

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

אורן גרוס

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ת"ד רכב עם קורקינט - כאבים ביד ימין וצוואר
טופלה בוולפסון צ חזה- שכ"י, מרפק - ללא שבר לפי מסמכים

ממצאים: רגשיות צווארית קלה

הנעה צוואר

הנעה כתף מלאה

רגישות קלה באמה ושכ"י ללא נפיחות - הנעה מרפק ושכ"י מלאה

תחושה כח גס תקין

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- CONTUSION

אבחנה:

- VEGETARIANISM (12/2021)

בעיות ידועות:

מעש/ת: כן



סיבת ההפניה: כף יד - טיפול מקומי ; פראפין
טיפול מקומי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/10/2023 עד תאריך - 17/04/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

20/10/2023

חתימה וחותמת

תאריך

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



037879



קוד הפניה: 353393728

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

אורן גרוס

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

תלונות: עדיין כאבים בשכ"י
יש צורך ב CT

חודשיים לאחר ניתוח בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12
ת"ד רכב עם קורקינט - כאבים ביד ימין וצוואר
טופלה בוולפסון צ חזה- שכ"י, מרפק - ללא שבר לפי מסמכים

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

ממצאים: בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12

רגשיות צווארית קלה

הנעה צוואר

הנעה כתף מלאה

רגישות קלה באמה ושכ"י ללא נפיחות - הנעה מרפק ושכ"י מלאה
תחושה כח גס תקין

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- CONTUSION

אבחנה:

- VEGETARIANISM (12/2021)

בעיות ידועות:

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: כף יד - טיפול מקומי ; פראפין
טיפול מקומי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/12/2023 עד תאריך - 02/06/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

05/12/2023

חתימה וחותמת

תאריך

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



037879



קוד הפניה: 362196694

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - יד

תחום שירות:

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

תלונות: ב CT שכ"י - ללא שבר

פענוח ללא שבר

בירור כף יד

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

עדיין כאבים בשכ"י

יש צורך ב CT

חודשיים לאחר ניתוח בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12
ת"ד רכב עם קורקינט - כאבים ביד ימין וצוואר
טופלה בוולפסון צ חזה- שכ"י, מרפק - ללא שבר לפי מסמכים

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

בביקור בתאריך 30/01/2024 בשעה 17:29:57

ממצאים: בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12

רגשיות צווארית קלה

הנעה צוואר

הנעה כתף מלאה

רגישות קלה באמה ושכ"י ללא נפיחות - הנעה מרפק ושכ"י מלאה

תחושה כח גס תקין

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

בביקור בתאריך 30/01/2024 בשעה 17:29:57

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

בביקור בתאריך 30/01/2024 בשעה 17:29:57

אבחנה:

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- CONTUSION

מעש/ת : כן

- VEGETARIANISM (12/2021)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: כאבים בשכ"י לאחר חבלה - CT ללא ממצא- המשך בירור

תאריך: 30/01/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



037879



קוד הפניה: 362196694

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

אורן גרוס

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

0535964801

טלפון:

מין: נ

13/09/1996

ת.לידה:



0346229347

מיקוד 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/01/2024 עד תאריך - 28/07/2024

30/01/2024

חתימה וחותמת

תאריך





101729

30/12/2024

טלפון: 03-6552333

כתובת: הרוקמים 26, חולון (יח' 13)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

0535964801

טלפון:

מין: נ

13/09/1996

ת.לידה:



0346229347

מיקוד 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

סיכום טיפול פיזיותרפיה

30/12/2024

תאריך הפקדה:

אורן גרוס

לכבוד דר'

346229347

ת"ז:

שילר רבקה שרה

מרות

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תאחז יד ימין ללא כאב			19/12/2024
המטופלת תקליד במחשב מעל חצי שעה ללא כאב			19/12/2024
המטופלת תשתלב בספורט ללא כאבים			19/12/2024

19/12/2024

טופל החל מ-

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)		60
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 3 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

חלקית

יכולת חזרה לפעילות:

המטרות לא הושגו

השגת מטרות הטיפול:

מידת שיתוף הפעולה:

חתימה



101729

פיזיותרפיה
30/12/2024

טלפון: 03-6552333

כתובת: הרוקמים 26, חולון (יח' 13)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: שילך	שם פרטי: רבקה שרה	ת.ז.: 346229347
ת.לידה: 13/09/1996	מין: נ	טלפון: 0535964801	טל.עבודה/נייד: 0548839064
כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6801222		
0346229347			

התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה

התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

ללא שינוי ברמת הכאב במפרק ש.כ.י. צד ימין לטראלי, מטרוט טיפול לא הוסג, עדיין כאב 10/4 לפי VAS, בבדיקה חוזרת ש.כ.י. צד ימין טווחי תנועה מלא נלווה בכאב בסוף הטווח, מופנת להמשך בירור אצל הרופא המטפל סגירת סידרה

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

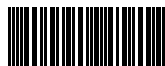
בכבוד רב,

שם המכון: פיזיומדיקל - חולון

שם פיזיותרפיסט: סלים אסיל

☑ הפק ללא הדפסה





0025234006



037879



קוד הפניה: 353393694

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

עדיין כאבים בשכ"י
יש צורך ב CTחודשיים לאחר ניתוח בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12
ת"ד רכב עם קורקינט - כאבים ביד ימין וצוואר
טופלה בוולפסון צ חזה- שכ"י, מרפק - ללא שבר לפי מסמכים

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

ממצאים:

בביקור בתאריך 20/10/2023 בשעה 10:34:12
רגשיות צווארית קלה
הנעה צוואר
הנעה כתף מלאה
רגישות קלה באמה ושכ"י ללא נפיחות - הנעה מרפק ושכ"י מלאה
תחושה כח גס תקין

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

הערכה:

בביקור בתאריך 05/12/2023 בשעה 19:46:11

אבחנה:

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- CONTUSION

בעיות ידועות:

- VEGETARIANISM (12/2021)

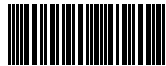
מעשנת: כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT שורש כף יד

שאלה לרדיולוג:

CT לשכ"י צד ימין לשלול שבר

מידע נוסף	פירוט
הריון	לא / לא ידוע



0025234006



037879



קוד הפניה: 353393694

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד 6801222

כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

הפניה למכון דימות - C.T

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
11/05/2023	6 חודשים	0.8	Creatinine (B)
11/05/2023	6 חודשים	102	eGFR

שם הרופא: אורן גרוס

תאריך: 05/12/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/12/2023 עד תאריך - 02/06/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



101729

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

סלים אסיל

פיזיותרפיה

תאריך טופס
30/12/2024

טלפון: 03-6552333

כתובת: הרוקמים 26, חולון (יח' 13)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: שילר

שם פרטי: רבקה שרה

ת.ז.: 346229347

ת.לידה: 13/09/1996

מין: נ

טלפון: 0535964801

טל.עבודה/נייד: 0548839064

מיקוד 6801222

כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו



0346229347

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/12/2024

346229347

ת"ז:

לכבוד דר' אורן גרוס

מר/ת שילר רבקה שרה

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תאחז יד ימין ללא כאב			19/12/2024
המטופלת תקליד במחשב מעל חצי שעה ללא כאב			19/12/2024
המטופלת תשתלב בספורט ללא כאבים			19/12/2024

טופל החל מ- 19/12/2024

מדדי חוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)		60
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	4
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

THERAPEUTIC EXERCISE

Therapeutic Exercises-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Modalities-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Administrative and Others-

EDU SELF EXERCISE

Specific Education Techniques-

Manual Therapy

Manual Therapy-

סה"כ 3 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרות הטיפול: המטרות לא הושגו

מידת שיתוף הפעולה:

חתימה

תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



101729

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

תאריך: 30/12/2024

סלים אסיל

פיזיותרפיה

טלפון: 03-6552333

כתובת: הרוקמים 26, חולון (יח' 13)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: שילר

שם פרטי: רבקה שרה

ת.ז.: 346229347

ת.לידה:

13/09/1996

מין: נ

טלפון:

0535964801

טל.עבודה/נייד: 0548839064

כתובת:

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

מיקוד 6801222



0346229347

התמדה בהגעה לטיפול-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

ללא שינוי ברמת הכאב במפרק ש.כ.י צד ימין לטראלי, מטרות טיפול לא
הושגו, עדיין כאב 10/4 לפי VAS, בבדיקה חוזרת ש.כ.י. צד ימין טווחי
תנועה מלא נלווה בכאב בסוף הטווח, מופנת להמשך בירור אצל הרופא
המטפל סגירת סידרה

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: סלים אסיל

שם המכון: פיזיומדיקל - חולון

☒ הפק ללא הדפסה



חתימה



031993



התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 053-9955417

קוד הפניה: 416367600

כתובת: מרכז בעלי מלאכה 13, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

ת.ז.: 346229347

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

כתובת:

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

תלונות:

לדבריה ב 10/23 הייתה תאונה

מאז עדיין כאבים בצוואר וביד

05/10/23 סיכום מיון :

"סיכום ודיון

בת , 27בריאה בד"כ

בזמן נסיעתה בקורקנט , נהג אחר במשאית פתח את הדלת באופן פתאומי , והיא התנגשה בדלת.

ככל הנראה נחבלה באיזור החזה וכתף מימין

אין סימני חבלה בראש , חזה או בטן

מלינה על כאבים בכתף וזרוע מימין

במיון

יציבה הימודינמית ונשימתית , ללא חום

15GCS , ללא חוסר נירולוגי

חזה סימטרי ללא דיפורמציות , ללא רגישות במישוש , כניסת אוויר טובה

בטן ללא סימני חבלה , רכה ולא רגישה כלל

במיון בוצע צילום חזה ללא ממצאים חריגים

בהמשך נבדק ע"י רופא אורטופד יעוצו מצורף.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 05/10/2023 : 18:20

מצב המטופל מטופל בהכרה מלאה ומתקשר

עצמת הכאב 5

מיקום הכאב יד ימין

שם משפחה : שילר שם פרטי : רבקה שרה ת.ז. 346229347 :

תאריך לידה 13/09/1996 : גיל 27 : טלפון 054-8839064 :

מין : נקבה גורם מממן : מכבי כתובת : הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

Page 3 of 4

אופי הכאב עמום

תדירות הופעת הכאב אקוטי

כמה זמן נמשך הכאב הבזקים

התערבות מתן טיפול תרופתי (ראה מודול תרופות)

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

המשך מעקב רופא מטפל

בכל החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי

מעקב אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע במידה ועדיין כאובה

קירור מקומי לא ישיר לאיזור החבלה

חופשת מחלה: 4 ימים.

לחזור אל רופא אורטופד

אבחנה:

- HAND PAIN
- KNEE PAIN

מעש/ת: כן

בעיות ידועות:

- TEAR OF MEDIAL MENISCUS OF KNEE (06/2024)
- CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT Right (07/2024)
- VEGETARIANISM (12/2021)

מ.ר גורם מפנה



031993



קוד הפניה: 416367600

טלפון: 053-9955417

ד"ר קומיטי אתנולה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: מרכז בעלי מלאכה 13, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

ת.ז.: 346229347

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



מיקוד 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

0346229347

התייעצות מומחה

מטרת ההפניה: יעוץ

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/01/2025 עד תאריך - 19/07/2025

20/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך





031993



התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 053-9955417

קוד הפניה: 416367672

כתובת: מרכז בעלי מלאכה 13, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

ת.ז.: 346229347

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות:

לדבריה ב 10/23 הייתה תאונה

מאז עדיין כאבים בצוואר וביד

05/10/23 סיכום מיון :

"סיכום ודיון

בת , 27בריאה בד"כ

בזמן נסיעתה בקורקנט , נהג אחר במשאית פתח את הדלת באופן פתאומי , והיא התנגשה בדלת.

ככל הנראה נחבלה באיזור החזה וכתף מימין

אין סימני חבלה בראש , חזה או בטן

מלינה על כאבים בכתף וזרוע מימין

במיון

יציבה הימודינמית ונשימתית , ללא חום

15GCS , ללא חוסר נירולוגי

חזה סימטרי ללא דיפורמציות , ללא רגישות במישוש , כניסת אוויר טובה

בטן ללא סימני חבלה , רכה ולא רגישה כלל

במיון בוצע צילום חזה ללא ממצאים חריגים

בהמשך נבדק ע"י רופא אורטופד יעוצו מצורף.

משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 05/10/2023 : 18:20

מצב המטופל מטופל בהכרה מלאה ומתקשר

עצמת הכאב 5

מיקום הכאב יד ימין

שם משפחה : שילר שם פרטי : רבקה שרה ת.ז. 346229347 :

תאריך לידה 13/09/1996 : גיל 27 : טלפון 054-8839064 :

מין : נקבה גורם מממן : מכבי כתובת : הכובשים 50/2 תל אביב - יפו 6801222

Page 3 of 4

אופי הכאב עמום

תדירות הופעת הכאב אקוטי

כמה זמן נמשך הכאב הבזקים

התערבות מתן טיפול תרופתי (ראה מודול תרופות)

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

המשך מעקב רופא מטפל

בכל החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי

מעקב אורטופד בקופת חולים בעוד שבוע במידה ועדיין כאובה

קירור מקומי לא ישיר לאיזור החבלה

חופשת מחלה: 4 ימים.

לחזור אל רופ אאורטופד

אבחנה:

- HAND PAIN
- KNEE PAIN

מעש/ת : כן

בעיות ידועות:

- TEAR OF MEDIAL MENISCUS OF KNEE (06/2024)
- CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT Right (07/2024)
- VEGETARIANISM (12/2021)

תאריך: 20/01/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



031993



קוד הפניה: 416367672

טלפון: 053-9955417

כתובת: מרכז בעלי מלאכה 13, תל אביב - יפו

ד"ר קומיטי אתנולה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

ת.ז.: 346229347

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



מיקוד: 6801222

הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

כתובת:

0346229347

התייעצות מומחה

מטרת ההפניה: יעוץ

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

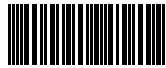
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/01/2025 עד תאריך - 19/07/2025

20/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך





0025234006



037879



קוד הפניה: 419065052

טלפון: 03-5605001

פקס: 03-5296548

כתובת: אהרונביץ ראובן 19, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346229347

שם פרטי: רבקה שרה

שם משפחה: שילר

טל.עבודה/נייד: 0548839064

טלפון: 0535964801

מין: נ

ת.לידה: 13/09/1996



0346229347

מיקוד: 6801222

כתובת: הכובשים 50/2, תל אביב - יפו

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3100	פרק כף יד ימין (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי חריג? פענוח

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: חבלה ליד ימין לפני כשנה וחצי כאבים בהנעה ותנועות מסוימות - עברה צילום - ללא ממצא

ידוע על קרע ACL הומלץ על טיפול ניתוחי
מציינת תאונה לפני כיומיים חבלה ברך וגב
ללא נפיחות בכף יד - טווח מלא - ללא רגישות
ברך שפשוף שיטחי ללא זיהום ללא תפליט
רגישות גב תחתון הנעה תקינה

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

אבחנה:

• TEAR OF MEDIAL MENISCUS OF KNEE (06/2024)

בעיות ידועות:

• CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT Right (07/2024)

• VEGETARIANISM (12/2021)

מעשנת: כן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/02/2025 עד תאריך - 03/08/2025

04/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תשובת בדיקת דימות: 25293035

א.ס.כפ.י

סיבת ההפניה:

US לשכ"י - ממצא ברקמות רכות ?

ממצאים:

US שורש כף יד ימין

=====

הגידים המיישרים נצפו תקינים והמשכיים , לא נצפה נוזל חריג סביבם.

הגידים המכופפים נצפו תקינים והמשכיים, לא נצפה נוזל חריג סביבם.

לא נצפה נוזל עודף במרווחים הפירקיים של שורש כף היד.

לא נצפה עיבוי של הסינוביה.

לא נצפו גושים.

לא נצפה גנגליון ציסט.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות השטחיות.

סיכום:

ללא ממצא חריג.



בברכה

ד"ר' לב צוקרמן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 37208

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 40 עד 40)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בראשון לציון**רבקה שילר- נ ג ד - כלל חברה לביטוח בע"מ**

התובעת, רבקה שילר, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים וולפסון, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבה היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.

אריאל פרייברג, ע"ד
ב"כ התובעת

נספח 4 :

יפוי כח וויתור על סודיות רפואית

(עמודים 42 עד 44)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שילר	רבה	346229347	שם האב
הכובשים	50/2	תל אביב	תעודת זהות	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 01/08/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ רבקה שילר
ת.ז. מס' 346229347, מרחוב _____ הכובשים 50/2 תל אביב
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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 ברישומו 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.

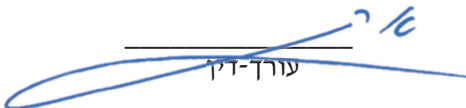
ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 8 שנה 2025

חתימה: 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין