

תאריך חתימת המסמך : 29.12.25

התובע : **יעקב פרייזלר, ת.ז. 313243602**
מרחוב אדמו"ר הצמח 32, כפר חב"ד
טלפון : 050-6789121

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 –

הנתבעים : **1. שלומי כהן, ת"ז 39661327**
מרחוב מנחם בגין 9, בני ברק

2. "הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב
מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון
טל' : 03-9424300; פקס : 03-9620303
דוא"ל : poolmoked@pool.org.il



כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"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 והתובע הגיש 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 לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב מסוג אופנוע הנושא מ"ר 871-87-203 (להלן: "הרכב/ האופנוע").
2. 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 תעודת חובה ואישור משטרה, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע 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.
4. התובע, שוטר תנועה במשטרת ישראל, נעדר מעבודתו לאחר התאונה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, כשירותו נפגעה, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 20.3.25, בשעה 13:50 או בסמוך לכך, ברחוב ששת הימים, בבני ברק, נפגע התובע כתוצאה מהרכב ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
8. ממקום התאונה פונה התובע על ידי צוות מד"א לקבלת טיפול רפואי בבית החולים "בילינסון" בפתח תקווה, כשהוא סובל מכאבים בצלעות, כאבים והגבלה בצוואר, בגב, בגפיים עליונות, בכתפיים, בזרוע ימין ובכף ידו, בבדיקה גופנית נמצאו שפשופים במרפק ימין ושפשופים וחתך בבטן, במיון בוצעו לו בדיקות דימות, לאחר חיטוי וחבישת הפצעים, שוחרר לביתו, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים וחופשה.
9. התובע אשר סבל מכאבים עזים, רגישות והגבלה בטווחי תנועות צוואר, גב, כתף וכף יד ימין, עם קושי בתפקוד נזקק לנטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב, וחופנה לבדיקות דימות נוספות ולטיפול פיזיותרפיה אינטנסיביים ומנוחה.

10. בדיקת CT הדגימו בלט דיסק בגובה L4 - L5 ובקע דיסק בגובה S1-L5, כמו כן, הודגם קו שבר בחלק הדיסטלי של כף יד ימין, והופנה לבדיקת אורתופד מומחה כף יד.
11. לאחר בדיקה הוחלט להפנותו להמשך בירור, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה וטיפול שמרני לשיכוך כאב.
12. התובע המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי, בדיקות MRI לזרוע ימין, נטילת משככי כאבים והימנעות ממאמץ.
13. בדיקת MRI שכוונה לשורש כף יד ימין, הדגימה קרע אלכסוני ברצועה הסקאפולונגית עם יצירת ציסטה וקרע חלקי של גיד ECU, בעקבות הממצאים ומיצוי הטיפול השמרני, הוחלט על שקילת התערבות ניתוחית והוא הופנה להמשך מעקב רפואי שמרני עד להתייעצות ולקבלת החלטה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב, זרוע ושורש כף יד ימין, מקושי בכיפוף, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי באחיזה והרמה, מקושי בכתיבה ובהקלדה, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים עזים, מכאב לאחר ישיבה ממושכת, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי ופיזיותרפיה והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע שוטר באגף התנועה מחמת התאונות ותוצאותיה נפגעה כשירותו, נזקק להפוגות ממושכות, הוא מתקשה בביצוע מטלות ועבודות בשכר, קידומו נפגע, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו הפסדי שכר בעתיד.
16. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו ולכך שמתקשה להתנייד באמצעות רכב דו גלגלי כפי שעשה עובר לתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.
17. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
18. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.



חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | | |
|-----|---|-----------|
| נזק | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – | ₪ 110,500 |
| נזק | (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 25,250 |
| נזק | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 9,500 |
| נזק | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 18,400 |

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין נסיעות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

19. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
 20. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
 21. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
 22. 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 התובע 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 התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה ותעודת חובה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 30)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 34 עד 36)	34



נספח 1 :

אישור משטרה ותעודת חובה

(עמודים 7 עד 8)





סוג לוחית	מספר פוליסה	חברת ביטוח
ישראלית		לא הוצג

מעורבים ברכב	שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	1230523	רויטמן חנה	05/04/1944	רמת גן ההגנה 18 דירה 6 מיקוד 5226222			

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	313243602	פרייזלר אברהם יעקב	18/05/1995	כפר חב"ד, אדמו"ר הצמח- 32 תקוה	בילינסון - פתח קלה	

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
2	בחקירה	24/03/2025



פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1076504	דניאלי	ירון

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1254994	עדי	יצחק	מפקח	מפקד שלוחת בוחנים

חתימה
27/03/2025 13:18

מקום שרות
שלוחת בוחנים מחוז תא 1

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואר bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 135591/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ט
תאריך 27/03/2025, כ"ז אדר תשפ"ה, 13:18

לכל המעוניין

תאריך התאונה 20/03/2025 בשעה 14:00

מקום התאונה

בני ברק ששת הימים בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים



פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
87187203	אופנוע	ימאה צרפת
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפול הישראלי	203-762401165024-00	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	39661327	כהן שלומי	22/08/1984	בני ברק, בגין מנחם 9	בילינסון - פתח תקוה	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
9195331	פרטי נוסעים	ניסאן הודו

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 30)



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

תאריך קבלה: 20/03/2025
מספר קבלה: 2852338201
14:54

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
אבחנה MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH	E8149		20/03/2025	✓			
בזמן עבודה תאונת דרכים אופנוע נכנס במטופל							

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערות: הולך רגל, נפגע מאופנוע, כאבים בשתי האמות, ללא חבלת ראש

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מטופל בן 29 שוטר בתפקידו
בריא בד"כ

היום בזמן שעבד נסה לעצור אופנוע אשר לא עצר ונכנס במטופל מתאר שהעף אותו כעת מלין על כאבים אמה ימין ושורש כף יד ימין, מתאר כאבים באיזור הצלעות משמאל

כעת במיון ללא סימני מצוקה
מדדים תקינים

A-שמור

B-כניסת אוויר טובה דו"צ

C-תקיין

D-חשד לשבר באמה / שורש כף יד ימין כאבים

E-שפשוף קלים במרפק מימין ושפשוף בבטן שמאלית אמצעית ללא הימאטומה ללא אמפיזמה תת עורית ראש ללא סימני חבלה כלל

צוואר ללא סימני חבלה ללא רגישות במישוש חוליות ע"ש צוארי ללא סימן מדרגה

חזה ללא סימני חבלה כניסת אוויר טובה דו"צ

בטן רכה לא תפוחה ולא רגישה כלל ללא סימני ג"צ פצע בטן שמאלית אמצעית שפשוף קל אגן יציב

יד שמאל מניע ROM שמור אך כאבים בכתף משמאל

יד ימין אמה עם רגישות מתקשה לנייד אותה אצבעות פותח וסוגר רגליים ללא סימני חבלה למעט שפשוף על הברכיים ROM שמור ניוירולוגית ללא חוסרים סיסטורים או מוטורים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

צל"ח תקין ללא חזה אוויר ללא אמפיזימה תת עורית

ת-
CT בטן
אורתופדים
המטופל מציין שקבל טיטאנוס לפני כשנה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
15:40 20/03/2025	36.7	91	145/91	99	3

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	Oral
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	20/03/2025 15:52	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg	

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' איפלח מוטי מ.ר. 178125, מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:11

נושא: אורתופד

דיווח / דיון: בן 29, רקע כמתואר

מלין על כאבים בשורש כף יד שמאל ובברכיים

בבדיקתו

מניע צוואר לכל הכיוונים

עמש - ללא סימני חבלה, ללא רגישות לכל אורכו

כתף שמאל - ללא סימני חבלה, טווחים שמורים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה שמורה RUMA, רדיאלי נמוש, רגישות

דיפוזית אמה ימין, ללא רגישות SNUFFBOX או סקפואיד

גפיים תחתונות - פרקי ירכיים חופשיים, כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות, תחושה דיסטלית שמורה

צילום אמה ימין - ללא ממצא גרמי חריף

צילום ברכיים - ללא ממצא גרמי חריף

משוחרר אורתופדיה עם ההמלצות הבאות

#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.

#גד כאבים לפי הצורך.

#קירור מקומי.

#ביקורת אורתופדית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.

#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

נרשם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלרד - אגף מהלכים

תאריך עדכון: 20/03/2025 19:23

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

נושא: CT

דיווח / דיון:

הודגם מעט הסננה שומן סביב עורק ה-CELIAC, ללא עדות לדיסקציה או אקסטרוזיציה של חומר ניגוד. לייעוץ / מעקב רופא כל דם.
ללא עדות לממצא מוקדי בפרניכמה הלב לב או הרחבה צינור הלב לב הראשי.

בהתיעצות עם ד"ר מריס מכלי דם אין משמעות לממצאים בסיטי משוחרר

המלצות

המלצה:

משוחרר אורתופדי עם ההמלצות הבאות
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#קירור מקומי.
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת – לבדיקה רפואית

משוחרר כירורגית עם ההמלצות הבאות-

נגד כאבים לפי מרשם מצורף

מנוחה בבית 5 ימים

בכל החמרה יש לפנות למיון

חופשת מחלה: 5 ימים.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)	Oral	1000 mg	1 X 3 ביום	7 ימים				✓
ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE)	Oral	1 tab	1 X 3 ביום	5 ימים			לפי הצורך	✓

סטטוס מטופל בשחרור

מטופל יציב המודינמית ונשימית. הבדיקות, הממצאים וההמלצות הוסברו למטופל, רושם שמבין את התהליכים שבוצעו במלר"ד ואת ההמלצות.

אחות מרכזת טיפול

אחות: בן ציון גלית מ.ר. 223690

רופא אחראי

רופא: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י דר' עתאמנה עומר ב- 20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: פרייזלר	תאריך לידה: 18/05/1995
שם פרטי: אברהם יעקב	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360
כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד	מין: זכר
טלפון: 0506789121	גיל: 29

חתימה:

נחתם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום הפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' עתאמנה עומר 20/03/2025 19:26
חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים	
חתימה דיגיטלית	
רופא מטפל:	רשיון:
דר' עתאמנה עומר	170642

חתימה דיגיטלית:

סרקו את הקוד על מנת לצפות בבדיקות ובמכתבי השחרור



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' עתאמנה עומר ב-20/03/2025 19:26

מלרד - אגף מהלכים	תאריך לידה: 18/05/1995	שם משפחה: פרייזלר
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 31324360	שם פרטי: אברהם יעקב
אחות אחראית: נחמי בקר	מין: זכר	כתובת: אמרי חיים כפר חב"ד
טלפון: 03-9377011	גיל: 29	טלפון: 0506789121
פקס: 03-9222173		





קוד הפניה: 427285121

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: פרייזלר		שם פרטי: יעקב		ת.ז.: 313243602	
ת.לידה: 18/05/1995		מין: ז		טלפון: 038074890		טל.עבודה/נייד: 0506789121	
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק		מיקוד: 5164274					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: חבלה, ת"ד 20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

ממצאים: בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST

שלילי, מבחן CROSS שלילי,

כוח גס שמור, תחושה שמורה.

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות

לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

**סיבת ההפניה: טיפול בכאבים בצוואר + טיפול בכאבי גב
נא לקבל לטיפול בהקדם האפשרי!**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 23/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/03/2025

תאריך

חתימה וחותמת

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.

תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0322081159



035600

קוד הפניה: 427284436



טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		
0313243602			

הפניה למכון דימות - C.T

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 22/12/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מסמך אושר דיגיטלית
מסמך אושר דיגיטלית
מסמך אושר דיגיטלית



תאריך: 27/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0322081159



035600

קוד הפניה: 427284436



ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

חבלה, ת"ד 20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

ממצאים:

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות RT SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי,
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל RT SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי,
מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה.
מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה,
רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACK PAIN
- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS) Right

בעיות ידועות:

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

מעשנות: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה צווארי
L1039		CT עמוד השדרה גבי
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי
L1039		CT שורש כף יד

שאלה לרדילוג:

נזק דיסקופטי בע"ש
שבר בשורש כף יד ימין?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
19/12/2024 3 חודשים		1.2	Creatinine (B)
19/12/2024 3 חודשים		81	eGFR

שם הרופא: ד"ר קוזנצוב איגור

תאריך: 27/03/2025

מכון CT

הנדון: פרייזלר, אברהם יעקב, ת.ז: 313243602 תאריך לידה: 18/05/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 11/05/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים והאונקו-ורטברליים הודגמו שמורים לאורך ע"ש צווארי.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה C2-C3, C3-C4.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה C4-C5, C5-C6, C6-C7.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש צווארי.

=====

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש גבי ומותני

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים הודגמו שמורים לאורך עמוד שדרה גבי.
המפרקים הסקרואליאקליים הודגמו שמורים.
אין עדות לבקעים דיסקליים לאורך עמוד שדרה גבי.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך עמוד שדרה גבי.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך עמוד שדרה מותני.

=====

להלן ממצאי בדיקת CT כף יד ימין

התוויה קלינית: לאחר תאונה.

ממצאים:

הודגם קו שבר עם פרגמנט קטן בחלק הדיסטלי של העצם הפיזיפורמית.
שאר המבנה הגרמי שמור.
המפרקים הודגמו שמורים.
אין עדות לדיסלוקציה.
הרקמות הרכות ללא סטיות.

גיל: 29.11

שם רופא/ה: ד"ר קוזנצוב איגור

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

13677578

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

מצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40

בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.

רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי

הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT

רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + ימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי, כוח גס שמור, תחושה שמורה.

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני

נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

בדיקת CT בקע דיסקים בע,ש צווארי + מותני + קו שבר בעצם פיזיפורמיס בשורש כף יד ימין

מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ROAD ACCIDENT			
CERVICALGIA			
BACK PAIN			
FRACTURE WRIST CLOSED	Rt		
HERNIATED DISC CERVICAL SPINE			
HERNIATED DISC LUMBAL SPINE			
fr of pisiform bone rt wrist			

הערות	בדיקות/הפניות	התייעצות מומחה: אורתופדיה - יד
11/11/2025 - עד	בתוקף עד	

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

סיכום ביקור:

מרפאה : טרם איכילוב
 מספר ביקור : 1262034
 מספר תיק : 94442
 תאריך : 03/06/2025
 מספר זהות: 313243602
 שם : אברהם יעקב פרייזלר
 גיל: 30.066

תלונה: כאבי גב
 התקבל בשעה: 15:57:00
 השתחרר בשעה: 17:10:11
 רופאים: דר. חאג יחיאל מ
 סוג שחרור: נשלח/ה הביתה, המשך טיפול ובדיקות בקופ"ח

אבחנה:

(Pulse: 88, TempC: 36.6, O2sat: 99, BP: 134/75) (other vitals may be on scanned chart)
 הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בן 30, בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע
 לפני כ-3 חודשים עבר תאונת דרכים בתור הולך רגל נפגע מאופנוע, מאז מתלונן על כאבי גב תחתון, עובר פיזיותרפיה
 היום במהלך העבודה התחיל להרגיש כאבי גב תחתון לאחר שהרים חפץ כבד, ללא סיפור של נפילה או חבלה, ללא חום, ללא תלונות אורינויות, ללא תלונות נוספות
 ===

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב, בהכרה מלאה, נינוח נשימתית, יציב המודינמית
 רגישות פרספינלית מימין בגב תחתונה, ללא נפיחות, ללא המטומה, טווח תנועה תקין
 כח גס ותחושה ברגליים שמורים
 SLR שלילי דו"צ
 הליכה תקינה
 ===

מהלך ודיון:

בצילום מרזוחים בין-חולייתיים תקינים, מבנה גרמי שמור
 קיבל זריקת וולטרן

משתחרר עם המלצות הבאות:

מעקב רופא מטפל

מעקב אורטופד

משככי כאבים לפי הצורך

מנוחה

בכל החמרה לפנות לטיפול

Diagnosis: Lumbago

Followups: רופא מטפל in 3 days

Prescriptions provided:

(0) Etodolac (ETODOLAC-TEVA, ETOPAN) 400 mg tabs PO, 1 (One) tablet, 2 (Two) TIMES PER DAY
 FOR 5 (Five) DAYS #10 (Ten) tablet

Tests/Treatments Ordered:

* Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg

צילומים:

1. קוד צילום: 93304549

סוג צילום: עמוד שדרה מותני

אבחנת צילום:

מבנה גרמי שמור

לא הודגם שבר

עמדה תקינה, מרווחים בין חולייתים שמורים

חתום על ידי דר. עמאד חשיבון בתאריך 03/06/2025

פוענח על ידי: דר. עמאד ח'שיבון

מספר רשיון: 153526

לצפות בגליון הרפואי המלא ובצילומים היכנס ל

www.teremi.com

והכנס את הקודים המופיעים בדף זה





035600



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 434560398

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

פרטי הנבדק:		שם משפחה: פרייזלר		שם פרטי: יעקב		ת.ז.: 313243602	
ת.לדה: 18/05/1995		מין: ז		טלפון: 038074890		טל.עבודה/נייד: 0506789121	
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק		מיקוד: 5164274					

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - יד

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40 חבלה, ת"ד ב-20.03.25 לדבריו, נחבל במסגרת עבודה נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40 בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות. רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף + יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי, כוח גס שמור, תחושה שמורה. מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צווארי + גבי + מותני נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי - משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה, מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23 בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צווארי + מותני + קו שבר בעצם פיזיפורמיס בשורש כף יד ימין מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו. מעקב רופא משפחה.

דיון ואבחנה מבלדת: בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HERNIATED DISC CERVICAL SPINE
- BACK PAIN
- HERNIATED DISC LUMBAE SPINE
- FRACTURE WRIST CLOSED Right
- fr of pisiform. bone rt wrist

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- UPPER RESPIRATORY INFLAMMATION DUE TO FUMES (03/2020)

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות להמשך טיפול

תאריך: 15/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



035600



קוד הפניה: 434560398

טלפון: 03-6331333

פקס: 03-6581446

כתובת: הרב שך 60, בני ברק

ד"ר קוזנצוב איגור

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	טלפון: 038074890
ת.ז.: 313243602	טל.עבודה/נייד: 0506789121
מיקוד: 5164274	ת.ז.: 313243602

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 - 15/05/2025 עד תאריך - 11/11/2025

15/05/2025

תאריך

חתימה וחותמת



הפניה

סוג ייעוץ: רגיל תאריך הפניה: 15/05/2025 סוג הפניה: התייעצות מומחה

גורם מפנה: רופא מכבי

שם רופא מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור

התמחות: כירורגיה אורתופדית

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HERNIATED DISC CERVICAL SPINE
- BACK PAIN
- HERNIATED DISC LUMBAE SPINE
- FRACTURE WRIST CLOSED Right
- fr of pisiform. bone rt wrist

תלונות: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
חבלה, ת"ד ב-20.03.25
לדבריו, נחבל במסגרת עבודה
נבדק בחדר מיון

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23

ממצאים: בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 08:27:40
בדיקת עמ"ש רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות כיפוף וסיבוב, הקרנה לכתפיים + שכמות.
רגישות בשורש כף יד ימין באספקט אולנרי
הגבלה בתנועות EXT + FLEX OF WRIST RT
רגישות בגב תחתון, רגישות מעל SCIATIC NOUTCH + מימין, הגבלה בתנועות כיפוף
+ יישור, + דו צדדי SLR, מבחן LIST שלילי, מבחן CROSS שלילי,
כוח גס שמור, תחושה שמורה



הודפס בתאריך: 17/12/2025 10:27
הודפס ע"י: דניאלי עטרה

דף 29

הדפסת תיק מטופל
פרייזלר יעקב; ת.ז.: 313243602; גיל: 30.6

מומלץ: בדיקת CT שורש כף יד + ע"ש צוואר + גבי + מותני
נטילת משככי כאבים לפי הצורך, נטילת NSAIDS באישור רופא משפחה, טיפול מקומי -
משחות + חימום, המלצות לפיזיותרפיה, רפואה משלימה. מעקב רופא משפחה

בביקור בתאריך 15/05/2025 בשעה 10:11:23
בדיקת CT בקע דיסקים בע"ש צוואר + מותני + קו שבץ נעצם פיזיורגיס בשורש כף יד
ימין
מומלץ: המשך טיפול שמרני, פיזיו, מעקב רופא משפחה.

מטרת ההפניה: בדיקה והמלצות להמשך טיפול

מכון MRI

הנדון: פרייזלר, אברהם יעקב, ת.ז: 313243602 תאריך לידה: 18/05/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 17/10/2025

להלן ממצאי בדיקת MRI של שורש כף יד ימין

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T1 כולל דיכוי שומן, STIR, T2 במישורים השונים ללא הזרקת גדוליניום.

סיבת הפניה: בירור כאבים לאחר אירוע חבלתי. חשד לנזק של TFC, ECU, DRUJ.

ממצאים:

מבנה גרמי: אותות תקינים ממח העצמות ללא עדות לשברים, בצקות או אוסטאונקרוזיס.

המשטחים הפרקיים מודגמים שמורים.

מפרק DRUJ מודגם שמור, ללא עודף נוזל תוך מפרקי.

ה TFC: - שמור.

מודגם קרע אלכסוני חלקי באספקט דורזלי ובאספקט ממברנטי של רצועה סקאפולונטית עם יצירת ציסטה גנגליונית בגודל כ-

13 מ"מ במישור תיצוני פנימי ו- 4 מ"מ במישור קרניו-קאודלי סמוך לאספקט דורזלי של מיטת הקרע (לדוגמה סדרה 801

חתכים 48, 49, 50 וסדרה 901a חתך 12). אין לראות הרחבה של מרווח סקאפולונטי.

רצועה לונגטריקוואטרלית מודגמת תקינה.

מודגמים עיבוי קל ואות חריג לינארי בין הסיבים של גיד ECU בגובה של זיז סטילואידלי של עצם ULNA (לדוגמה סדרה

901a חתך 25 וסדרה 301a חתך 23), הממצא תומך בקרע חלקי אינטרסטיציאלי. הגיד נאחז באופן תקין אל בסיס MC5. אין

לראות עודף נוזל במעטפת הגיד.

שאר הגידים המיישרים והגידים המכופפים מודגמים שמורים.

שונות: מבנה התעלה הקרפלית והאולנרית הודגמו שמורים.

סיכום:

1. קרע חלקי של גיד ECU.

2. קרע חלקי של רצועת סקאפולונטית עם יצירת ציסטה גנגליונית דורזלית בסמוך.

בברכה,
ד"ר גוטמן ולדימיר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 34827

הוקלד על ידי: תן ויגדור
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 הרדיולוג 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



גורם משלם: 6 תאונת עבודה

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנטיעה באופנוע			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורתופדית	02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025	לזר יהונתן	בדיקה אורתופדית	02/04/2025

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור / תגובה / הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	1	
GROUP STATION	כללי	20		1	
ביקור רגיל				1	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור / תגובה / הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי	20	אלפטיקל	1	
GROUP STATION	כללי	20		1	
ביקור רגיל				1	

1591603

28/09/2025 12:35:06

ליון ביקור-פיזיו



פרטי סדרה

מס' סדרה: 3	מס' ביקור: 26	תחילת הטיפול: 02/04/2025	תאריך עדכון: 30/11/2025
שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן	שם מכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה	מצב הסדרה: פתוחה	התמחות: אורתופדיה
סיבת הפנייה: כללית/ אורתופדית	גורם משלם: 6 תאונת עבודה	הפנית רופא מכבי	גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
תאריך ההפנייה: 27/03/2025			

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ROAD ACCIDENT
			CERVICALGIA
			BACK PAIN
			CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	02/04/2025	CONTUSION NECK FACE OR SCALP
כן	02/04/2025	CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)

ד"ר פעיל יעקב

כחוצה של כף היד

התמחויות:

מומחה בכירנית של היד

מומחה בכחוצה אורתופדית



015598

חשבונית
דיגיטלית
חכבי

טלפון: 03-8750333

פקס: 0732284921

כתובת: אורה 4, רמת גן (רח' אורה 4 פינת אלכסנדר 7, רמת גן)

פרטי חבדק:

ח.ז. 313243602

שם פרטי: יעקב

שם משפחה: פריזלר

טל. עבודה/גיד: 0506789121

טלפון: 038074890

מין: ז

ת.ל.יד: 18/05/1995

ת.ל.יד:

מיקוד 5164274

כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק

כתובת:

0313243602

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר קוזמב ויגור

בבדיקה שנעשתה ב- 05/11/2025

עקב: ת.ד. כרוב אופטו 20/3/25 - נפגע בשכי ימין אולנרית.
נבדק במין בלינסןממצאים: שכי ימין: הגבלה בעיקר סופימציה. פיאונו מכאיב. רגישות DRUJ רגישות TFCC. ה- ECU יציב?
צלמים 17.7: ימין במפ בולט.משמאל: שבר ישן לא מחובר עם תחזה סטילואיד אולנרי. שבר מחובר בזווית של בסיס מסרק 1.
MRJ 17.10 - פעמח: TFCC שלם. קרע אינטרסטיציאלי ECU. הגיד בתעלתו. קרע חלקי SL.
מעין בצלמים - להערכת אי סדירות וקרע פריפר TFCC. ה- DRUJ תקין. ECU המשכי ובתעלה.
הוצע ארתרוסקופיה אבחנית/טיפולית בהתאם לממצא הניתוחי.

אבחנות:

- CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS)
RT 3.25

סיכום והמלצות:

05/11/2025

חגית

ד"ר יעקב פריזלר
מומחה בכירנית של היד
מומחה בכחוצה אורתופדית
10482
13471

תשובת היועץ

תאריך ההפניה: 15/05/2025

תאריך רישום: 05/11/2025

תאריך ייעוץ: 05/11/2025

שם יועץ: ד"ר פעילן יעקב

תחום: כירורגיה של היד

ת.ד. כרוכב אופנוע 20/3/25 - נפגע בשכי ימין אולנרית.
נבדק במיון בילינסון

תלונות החולה:

ממצאים:



שכי ימין: הגבלה בעיקר סופינציה. פיאנו מכאיב. רגישות DRUJ רגישות TFCC. ה- ECU יציב?
צילומים 17.7: ימין במפ-בולט:
משמאל: שבר ישן לא מחובר עם תזוזה סטילואיד אולנרי. שבר מחובר בזוית של בסיס מסרק 1.
MRI 17.10 - פענות: TFCC שלם. קרע אינטרסטיציאלי ECU. הגיד בתעלתו. קרע חלקי SL.
מעיון בצילומים - להערכתי אי סדירות וקרע פריפרי TFCC. ה- DRUJ תקין. ECU המשכי ובתעלה.
הוצע ארתרוסקופיה אבחנתית/טיפולית בהתאם לממצא הניתוחי.

• CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS):
RT 3.25

אבחנה משוערת:

סיכום והמלצות:

תאריך: 30/11/2025

מ.ר גורט מפנה



124597

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

לזר יהונתן

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-5771313

כתובת: פתח תקוה (קומה שלישית)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: פרייזלר	שם פרטי: יעקב	ת.ז.: 313243602
ת.לידה: 18/05/1995	מין: ז	טלפון: 038074890	טל.עבודה/נייד: 0506789121
כתובת: אמרי חיים 21/008, בני ברק	מיקוד: 5164274		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 30/11/2025

313243602

ת"ז:

מ.ר/ פרייזלר יעקב

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

ROAD ACCIDENT •

CERVICALGIA •

BACK PAIN •

(CONTUSION WRIST &/OR HAND (EXC FINGERS •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
סיבוב ראש לצדדים בנסיעה באופנוע			02/04/2025
הרמת משא כבד ביד ימין			02/04/2025

טופל החל מ- 02/04/2025

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

GROUP STATION
THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES
EDU SELF EXERCISE

סה"כ 26 ביקורים

הערות:

סיכום בניים:
לאחר 8 חו' של שיקום. חל שיפור ברוב הפרמטרים. פחות מגבלה מאשר ההתחלה. עדין ניכרת מגבלה בתפקוד יומיומי- מבחינת יד ימין. טווחים מלאים, אך ישנו קושי בנהיגה על אופנוע - וכן בתפקוד בסיסי בבית - כגון בשימוש במברג מתחיל כאב במפרק. מבחינת גב - אזור השכמות עדין כאוב, מרגיש תפוס שם. לאחר ישיבה ממושכת מרגיש כאב לאורך עמ"ש. כתף ימין- קושי בלבישת מעיל בהכנסה של היד, כאב קל ומגבלה של כתף ימין בטווחים מעל גובה הראש.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: בני ברק מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: לזר יהונתן

יהונתן לזר
פיזיותרפיסט
מ.ר 10-12-1597
מרחב בני ברק

חתימה

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 32 עד 32)



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

יעקב פרייזלר - נ ג ד - שלומי כהן ואח'

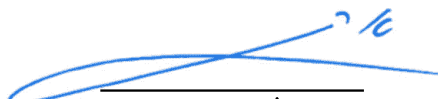
התובע, יעקב פרייזלר, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים בילינסון, בית החולים אסותא, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

בית המשפט הנכבד מתבקש להימנע ממינוי המומחים הבאים: ד"ר נפתלי רובינשטיין, ד"ר אלכס גופמן, ד"ר נחשון רנד, פרופ' ניסים אוחנה, ד"ר אמיר השרוני ופרופ' שי שבת.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"ב התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 34 עד 36)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
כר"ל	220'	31324360	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
32	כסר ק"צ	6084653	050-6789121

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

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

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 30/3/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 227 ס"ל, מס' 31324360, מרחוב א"מ 32 ר"ר ת"ש,
ת.ז. מס' 31324360, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה באי כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, 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 באי 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 באי כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

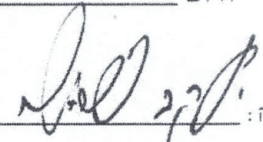
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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 30 לחודש 03 שנה 2025

חתימה: X 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

עורך-דין