



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

פברואר 2026 23
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

פרופ' אלי שטיינברג

מרחוב מנחם בגין 156

תל אביב

באמצעות דוא"ל

פרופ' נכבד שלום רב,

תאונה מיום 11/04/2024

הנפגעת: רות מרציאנו, ת"ז 316386234

ת"א 10492-09-25 מרציאנו ואח' נ' איי. איי. ג'י חברה לביטוח בע"מ

1. כב' מונה בהחלטת בית המשפט הנכבד כמומחה רפואי בתחום האורתופדי לבדיקת מרשתי, התובעת אשר נפגעה בתאונה ביום 11.4.24, ולקביעת נכותה הנובעת מן התאונה.
2. רצ"ב לעיון כב' התיעוד הרפואי בנוגע למרשתי.
3. בהתאם להחלטת כב' בית המשפט, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת, איי. איי. ג'י חברה לביטוח בע"מ.
4. אודה לכב' אם יודיעני מועד לבדיקת מרשתי.
5. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לבית המשפט ולשני הצדדים.

***רצ"ב החלטת בית המשפט הנכבד**

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

העתק:

עמיחי טרוזמן ואח' - עורכי דין

באמצעות דוא"ל:

office@truzman-law.co.il



המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראית : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור

שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: רות	ת"ז: 316386234
גיל: 27	מין: נקבה	טלפון נייד: 0506547072
תאריך ביקור: 15:17 11/04/2024	מספר ביקור: 02360111042024	קופת חולים: קופ"ח מכבי
כתובת: הגפן 58 צפריה 6093200		

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- CONGENITAL DEFICIENCY OF OTHER CLOTTING FACTORS (286.3)

ניתוחים בעבר

S/P SMRS SEPTOPLASTY 4043 (21.5) (19/06/2016)
S/P TURBINECTOMY, SUBMUCOUS RESECTION, PARTIAL/COMPLETE 301400 (21.69) (BOTH) (19/06/2016)
CAUTERIZATION (הערה):
S/P Adenoidectomy (28.6) (19/06/2016)
ENDOSCOPIC CAUTERIZATION (הערה):

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בכת 27 נהגת רכב שהיום נכנסו ברכבה מאחור
כעת כאבי צוואר שכמות וגב

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
15:36 11/04/2024	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' נהוראי נופרת מר. 133247 11/04/2024 17:47
בת 27, בריאה בדר"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה לאחר תאונת דרכים ביום קבלתה: רכב אחר נכנס ברכב שלה מימין בזמן נסיעה. היא הייתה הנהגת ברכב, חגורה. לא נפתחו כריות אוויר. יצאה בכוחות עצמה מהרכב. ללא אובדן הכרה. מלינה על כאבים בגב ובצוואר מימין. בבדיקתה: A - משלימה משפטים, ללא חבלות פנים. B - סטורציה שמורה. כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ. רגישות ע"פ צלעות אחוריות תחתונות מימין. ללא חבלות חזה בולטות. C - יציבה המודינמית. בטן רכה, לא רגישה. ללא סימני חבלה. ללא סימן חגורה. D - ציון 15 GCS. ללא סימני חבלה בקרקפת, לרבות עיניים. E - ללא חבלות בולטות או דפורמציה בגפיים. ללא רגישות במישוש ע"פ עמ"ש לכל אורכו, לרבות עמ"ש צווארי. ללא סימני חבלה בגב. תנועות צוואר מלאות. רגישות פרה-וורטברלית קלה ע"פ שרירי צוואר מימין. צלח: ללא רושם לשבר או קונטוזיה ריאתית. לסיכום, לאחר ת. דרכים. חבלות גב וצוואר מימין. ככה"נ כאבים ע"ר מוסקולו-סקלטלי. משוחררת



שם מלא: מרציאנו רות 316386234

המלצות	תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
	11/04/2024 17:48	דר' נהוראי נופרת מ.ר. 133247	משככי כאבים לפי הצורך. מנוחה חופש מחלה 5X ימים	



Nofrat
Nehorai

נחתם ע"י: דר' נהוראי נופרת מ.ר. 133247

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

**לברור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי.
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות**

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



092913

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

קוד הפניה: 374256784

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316386234

שם פרטי: רות

שם משפחה: מרציאנו

טל.עבודה/נייד: 0506547072

מין: נ

ת.לידה: 17/09/1996



מיקוד 6093200

הגפן 58, צפירה

כתובת:

0316386234

התייעצות מומחה

תחום שירות:

אורתופדיה

- במכבי

תלונות:

ב11/04 נבדקה במיון שיבא לאחר MVA

בת 27, בריאה בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה לאחר תאונת דרכים ביום קבלתה: רכב אחר נכנס ברכב שלה מימין בזמן

נסיעה. היא הייתה הנהגת ברכב, חגורה. לא נפתחו כריות אוויר. יצאה בכוחות עצמה מהרכב. ללא אובדן הכרה. מלינה על כאבים

סטורציה שמורה. כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ. רגישות B

משלימה משפטים, ללא חבלות פנים A

: בגב ובצוואר מימין. בבדיקתה

יציבה המודינמית. בטן רכה, לא רגישה. ללא סימני חבלה. ללא C

. ע"פ צלעות אחוריות תחתונות מימין. ללא חבלות חזה בולטות

ללא חבלות בולטות או דפורמציה בגפיים. ללא E

. ללא סימני חבלה בקרקפת, לרבות עיניים. GCS 15 ציון D

. סימן חגורה

רגישות במישוש ע"פ עמ"ש לכל אורכו, לרבות עמ"ש צווארי. ללא סימני חבלה בגב. תנועות צוואר מלאות. רגישות פרהוורטברלית

קלה ע"פ שרירי צוואר מימין. צלח: ללא רושם לשבר או קונטוזיה ריאתית. לסיכום, לאחר ת. דרכים. חבלות גב וצוואר מימין. ככה"נ

כאבים ע"ר מוסקולוסקלטלי.

ממצאים: רגישות בגובה L1-3 מצד ימין
אין חסר נוירולוגי SLR שלילי

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשלת: לא

בעיות ידועות:

- FACTOR VII DEFICIENCY
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (2005)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (06/2017)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (03/2016)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

רגישויות: 06/08/2019 - לא ידוע -

תרופות קבועות:

• ATTENT 30MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

תאריך: 15/04/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פרסקי אולג

מ.ר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



092913

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 374256784

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: רות
ת.לידה: 17/09/1996	מין: נ
כתובת: הגפן 58, צפריה	טל.עבודה/נייד: 0506547072
0316386234	מיקוד 6093200

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 - 15/04/2024 עד תאריך - 12/10/2024

15/04/2024

תאריך

חתימה וחותמת

תאריך: 15/04/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פרסקי אולג

מ.ר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0328820964



092913



קוד הפניה: 374255977

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316386234

שם פרטי: רות

שם משפחה: מרציאנו

טל.עבודה/נייד: 0506547072

מין: נ

ת.לידה: 17/09/1996



0316386234

מיקוד 6093200

כתובת: הגפן 58, צפריה

מכון רנטגן

הריון: לא

הבדיקה הדרושה

קוד

2100

עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא חבלתי

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

ב11/04 נבדקה במיון שיבא לאחר MVA

בת 27, בריאה בדר"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה לאחר תאונת דרכים ביום קבלתה: רכב אחר נכנס ברכב שלה מימין בזמן

נסיעה. היא הייתה הנהגת ברכב, חגורה. לא נפתחו כריות אוויר. יצאה בכוחות עצמה מהרכב. ללא אובדן הכרה. מלינה על כאבים

סטורציה שמורה. כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ. רגישות B

. משלימה משפטים, ללא חבלות פנים A

: בגב ובצוואר מימין. בבדיקתה

יציבה המודינמית. בטן רכה, לא רגישה. ללא סימני חבלה. ללא C

. ע"פ צלעות אחוריות תחתונות מימין. ללא חבלות חזה בולטות

ללא חבלות בולטות או דפורמציה בגפיים. ללא E

. ללא סימני חבלה בקרקפת, לרבות עיניים. GCS 15 ציון D

. סימן חגורה

רגישות במישוש ע"פ עמ"ש לכל אורכו, לרבות עמ"ש צווארי. ללא סימני חבלה בגב. תנועות צוואר מלאות. רגישות פרהוורטברלית

קלה ע"פ שרירי צוואר מימין. צלח: ללא רושם לשבר או קונטוזיה ריאתית. לסיכום, לאחר ת. דרכים. חבלות גב וצוואר מימין. ככה"נ

כאבים ע"ר מוסקולוסקלטלי.

רגישות בגובה L1-3 מצד ימין
אין חסר נוירולוגי SLR שלילי

ממצאים:

אבחנה:

בעיות ידועות:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

• FACTOR VII DEFICIENCY

• IRON DEFICIENCY ANEMIA (2005)

• OBESITY (30 =< BMI < 35) (06/2017)

• VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

• FOLIC ACID DEFICIENCY. (03/2016)

• VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

לא

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/04/2024 עד תאריך - 12/10/2024

15/04/2024

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 15/04/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913



קוד הפניה: 374255977

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 316386234

שם פרטי: רות

שם משפחה: מרציאנו

טל.עבודה/נייד: 0506547072

מין: נ

ת.לידה: 17/09/1996



0316386234

מיקוד 6093200

הגפן 58, צפריה

כתובת:

מכון רנטגן

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.



028143



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 376888633

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונו (קומה 3)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: מרציאנו		שם פרטי: רות		ת.ז.: 316386234	
ת.לידה: 17/09/1996		מין: נ		טל.עבודה/נייד: 0506547072		מיקוד: 6093200	
כתובת: הגפן 58, צפריה		ת.לידה: 0316386234					

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ברקע-ללא מחלות כרוניות וללא צריכת תרופות קבועות.

לא ידועה אלרגיה או רגישות תרופתית.

ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

כ 4 שבועות לת"ד - נהגת שנפגעה בחבלה טלטולית, בתל השומר ניבדקה ושחררה, ללא התפתחויות חריגות למעט כאב גב תחתון בעיקר, צווארי, כאבים מיאלגיים באופים,

XR עמ'ש מותני - יציבות ואליימנט שמורים, אלמנט רטציוני קל ב AP

ממצאים: במצב כללי טוב; ניוז שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס, בדיקת הצוואר-ציר ישר. ללא כאב על החוליות; מבנה סימטרי.

טווחים-רוטציות-70-80 מע' לכל כוון; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נירולוגית של הזרועות; תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן וטרמנר-שלייים). כאבי שרירי הזוקף לאורך העמ'ש,

בדיקת הגב והשרירים-ללא איתור אטרופיה או אסימטריה. טווחים לעמ'ש שמורים; הגמשה ומעברים - תקינים; כאב דיפוזי נצפה על שרירי הזוקף של העמ'ש המותני ללא כאב גרמי או על המעבר הלומבוסקראלי ממוקדות. ללא מעורבות עיצבית או חוסר וסקולרי. (ניוד בהונות/עקבים/כפיות ברכים) SLR-שלילי. ללא כאב הנראה כנובע מרקמות גרמיות או מהמפרקים באזור הכאוב לרבות SLJ ומפרקי הירכיים.

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- POSTURE ABNORMALITY

בעיות ידועות:

- FACTOR VII DEFICIENCY
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (2005)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (06/2017)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (03/2016)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

רגישויות: 06/08/2019 - לא ידוע -

תרופות קבועות:

- ATTENT 30MG X 30 1X1X30

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: הפעלת עמוד השדרה: נא הפעלת עמוד השדרה לכל אורכו לרבות העמ'ש הצווארי. חיזוק השרירים המיצבים והזוקפים סביבו. שיפור הגמשה; עבודה על טווחים תקינים לפי הכאב והיכולת. נא דגש על שיפור היציבה. (נא הפחתת הלורדוזיס המותני) בנוסף לימוד ותרגול חימום שרירים טרם הפעילות הפיזית והרפיות בסופה. הכוונה להמשך פעילות ספורטיבית בריאה באופן עצמאי בהמשך ע'פ חוקי הפיזיותרפיה. אבקש הדרכה לפעילות ספורטיבית נכונה ובריאה. בעיקר הפעלות עמוד השדרה והגפיים; שיפור יציבה כללית; דגש על רף מאמצים מוקפד והדרגתי. הנחיות למניעת "ניזקי"-פציעות ספורט.

תאריך: 06/05/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' ינקו משה

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית



028143

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 376888633

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונן (קומה 3)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: רות
ת.לדה: 17/09/1996	מין: נ
כתובת: הגפן 58, צפריה	טל.עבודה/נייד: 0506547072
0316386234	מיקוד 6093200

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/05/2024 עד תאריך - 02/11/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

06/05/2024

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.

גיל: 27.7

שם רופא/ה: דר' ינקו משה

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 5130791

תלונות: ברקע-ללא מחלות כרוניות וללא צריכת תרופות קבועות.

לא ידועה אלרגיה או רגישות תרופתית.
ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.
כ 4 שבועות לת"ד - נהגת שנפגעה בחבלה טלטולית, בתל השומר ניבדקה ושוחררה,
ללא התפתחויות חריגות למעט כאב גב תחתון בעיקר, צווארי, כאבים מיאלגיים באופים,
XR עמ'ש מותני - - יציבות ואליימנט שמורים, ,, אלמנט רטציוני קל ב AP

גורם משלם: 5 תאונת דרכים תאריך תאונת דרכים: 11/04/2024

ממצאים: במצב כללי טוב; ניווד שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס, בדיקת הצוואר-ציר ישר. ללא כאב על החוליות;מבנה סימטרי. טווחים-רוטציות-70-80 מע' לכל כוון; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נוירולוגית של הזרועות;תקינה וסימטרית (לרבות החזרי הופמן וטרמנר-שלייים). כאבי שרירי הזוקף לאורך העמ'ש, בדיקת הגב והשרירים-ללא איתור אטרופיה או אסימטריה. טווחים לעמ'ש שמורים; הגמשה ומעברים - תקינים; כאב דיפוזי נצפה על שרירי הזוקף של העמ'ש המותני ללא כאב גרמי או על המעבר הלומבוסקראלי ממוקדות. ללא מעורבות עיצבית או חוסר וסקולרי. (ניווד בהונות/עקבים/כפיפות ברכים) SLR- שליילי. ללא כאב הנראה כנובע מרקמות גרמיות או מהמפרקים באזור הכאוב לרבות SIJ ומפרקי הירכיים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			LOW BACK PAIN
			POSTURE ABNORMALITY

POSTURE ABNORMALITIES			
מכון פיזיותרפיה		בדיקות/הפניות	
הערות		בתוקף עד - 02/11/2024	
אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
בלביעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 op - 1 cap X 1	CELCOX 200MG X 10

המלצות למטופל:

- * לפיזיותרפיה תפקיד מכריע על תהליך הריפוי על כן יש לנהוג במדויק על פי ההנחיות הפיזיותרפיות שניתנו על מנת להבטיח השפעה מירבית. בנוסף על המטופל לתרגל באופן קבוע גם בבית.
- * קומפרסים חמים על אזור הכאב-ל 10 דקות כל פעם-להמנע מחימום יתר.
- * נבקש המנעות מחשיפה לקור לאזור הכאוב (חלונות פתוחים;למיזוג/איורור ישיר); ביחוד בשעות השינה והלילה. חשיפה לקור מכאיבה בפני עצמה ועלולה לגרום לכיווץ שרירים התפתחות דלקות וכאבים נוספים.
- * נטילת נוגדי הדלקת לאחר ארוחה (אין ליטול יחד עם תרופות נוספות מאותה המשפחה- NSAIDS, בעת הרינון/הנקה, בעיות תפקוד כליתי, אלרגיה, צרבת/כאב בטני). הליך ריפוי הדלקת ממשיך גם לאחר סיום נטילת הטבליות שנרשמו. במידה שעדין כאב נותר בתום סיום המנה שניתנה ניתן להמשיך עם תרופות נוגדות כאב במקרה הצורך (אקמול;אופטלגין; רוקאסט; טרמדקס, זלדיאר וכו'). ללוקים בלחץ דם גבוה- מעקב של הערכים.
- * לאחר שיפור משמעותי בכאבים; נבקש השתלבות בפעילות ספורטיבית מתונה

בשלים הראשונים כגון: צעידות; שחיה; אופני כושר; חדר כושר עם מכשור "אליפטי"; Cross
trainer; פעילות התעמלותית תחת הדרכה מקצועית אשר מדגישות את היציבה הנכונה
("התעמלות בריאותית"; פילטיס; עקרונות הפלדנקרייז שיטת אלכסנדר...).

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

פירוט: לחזור לאחר סיום מחזור הטיפול בפיזיותרפיה, בברכה,

ד"ר משה ינקו

אורטופד מומחה - מנתח



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 376888633

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונו (קומה 3)

פרטי הנבדק:		שם פרטי: רות		שם משפחה: מרציאנו	
ת.ז.: 316386234	טל.עבודה/נייד: 0506547072	מין: נ	תלידה: 17/09/1996	כתובת: הגפן 58, צפריה	0316386234
מיקוד 6093200					

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: ברקע-ללא מחלות כרוניות וללא צריכת תרופות קבועות.

לא ידועה אלרגיה או רגישות תרופתית.

ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

כ 4 שבועות לת"ד - נהגת שנפגעה בחבלה טלטולית, בתל השומר נבדקה ושחררה, ללא התפתחויות חריגות למעט כאב גב

תחתון בעיקר, צווארי, כאבים מיאלגיים באופים,

XR עמ'ש מותני - - יציבות ואליימנט שמורים, אלמנט רטציוני קל ב AP

מצאים: במצב כללי טוב; ניוז שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס, בדיקת הצוואר-ציר ישר. ללא כאב על החוליות; מבנה סימטרי.

טווחים-רוטציות-70-80 מע' לכל כוון; פלקשן ואקסטנשן שמורים ללא כאב אקסיאלי או מוקרן. בדיקה נוירולוגית של הזרועות; תקינה וסימטריה (לרבות החזרי הופמן וטרמנר-שליליים). כאבי שרירי הזוקף לאורך העמ'ש,

בדיקת הגב והשרירים-ללא איתור אטרופיה או אסימטריה. טווחים לעמ'ש שמורים; הגמשה ומעברים - תקינים; כאב דיפוזי נצפה על שרירי הזוקף של העמ'ש המותני ללא כאב גרמי או על המעבר הלומבוסקראלי ממוקדות. ללא מעורבות עיצבית או חוסר וסקולרי.

(ניוד בהונות/עקבים/כפיפות ברכים) SLR-שלילי. ללא כאב הנראה כנובע מרקמות גרמיות או מהמפרקים באזור הכאוב לרבות SIJ ומפרקי הירכיים.

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- POSTURE ABNORMALITY

בעיות ידועות:

- FACTOR VII DEFICIENCY
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (2005)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (06/2017)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (03/2016)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

רגישויות: 06/08/2019 - לא ידוע -

תרופות קבועות:

- ATTENT 30MG X 30 1X1X30

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: הפעלת עמוד השדרה: נא הפעלת עמוד השדרה לכל אורכו לרבות העמ'ש הצווארי. חיזוק השרירים המיצבים והזוקפים סביבו. שיפור הגמשה; עבודה על טווחים תקינים לפי הכאב והיכולת. נא דגש על שיפור היציבה. (נא הפחתת הלורדוזיס המותני) בנוסף לימוד ותרגול חימום שרירים טרם הפעילות הפיזית והרפיות בסופה. הכוונה להמשך פעילות ספורטיבית בריאה באופן עצמאי בהמשך ע'פ חוקי הפיזיותרפיה.

אבקש הדרכה לפעילות ספורטיבית נכונה ובריאה. בעיקר הפעלות עמוד השדרה והגפיים; שיפור יציבה כללית; דגש על רף מאמצים מוקפד והדרגתי. הנחיות למניעת "ניזקי"-פציעות ספורט.



028143

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 376888633

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונו (קומה 3)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: רות
ת.לידה: 17/09/1996	מין: נ
כתובת: הגפן 58, צפריה	טל.עבודה/נייד: 0506547072
0316386234	מיקוד 6093200

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/05/2024 עד תאריך - 02/11/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

06/05/2024

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשיך 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.



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 427647046

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2132117

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: רות
ת.לידה: 17/09/1996	מין: נ
כתובת: הגפן 58, צפריה	טל.עבודה/נייד: 0506547072
0316386234	מיקוד 6093200

התייעצות מומחה

תחום שירות:

אורתופדיה

- במכבי

תלונות: לאחר תאונת דרכים ב-04.2024, מאז כאבי גב כרוניים, ללא הטבה תחת טיפולי פיזיותרפיה ליעוץ אורטופד

ממצאים: יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא

דיון ואבחנה מبدלת: לאחר תאונת דרכים ב-04.2024, מאז כאבי גב כרוניים, ללא הטבה תחת טיפולי פיזיותרפיה ליעוץ אורטופד

אבחנות:

• BACKACHE

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- FACTOR VII DEFICIENCY
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (2005)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (06/2017)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)
- FOLIC ACID DEFICIENCY. (03/2016)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (2013)

רגישויות: 06/08/2019 - לא ידוע -

תרופות קבועות:

• ATTENT 30MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: גישה אבחנתית וטיפולית

**** 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 - 30/03/2025 עד תאריך - 26/09/2025

30/03/2025

תאריך

חתימה וחומת

פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 8
שם פזיותרפיסט: צרבקובסקי אורטל
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: דר' ינקו משה

אבחנת פזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פזיותרפיסט
כן	26/09/2024	LOW BACK PAIN
לא	26/09/2024	WHIPLASH INJURY

מס' ביקורים שבוצעו: 7 מס' טיפולים שבוצעו: 12

פרטי ביקור

מס' ביקור: 8
שם פזיותרפיסט: צרבקובסקי אורטל
סוג הביקור: 98 שיחת טלפון/ מנהלי
תאריך ביצוע: 16/02/2025
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופלת תשב במשך כחצי שעה בעבודה ללא קושי משמעותי	01/12/2024		26/09/2024	צרבקובסקי אורטל	בדיקה אורטופדית	26/09/2024

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
GROUP OPEN	כללי	60	תרגול בקבוצת תד	!	
ביקור רגיל				!	

הערות: לא הגיעה, לא הודיעה.

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

תאריך מסמך:

28/05/2024

19:34

לכבוד:

מרציאנו רות

הגפן

ת.ז: 316386234

מרפאה: חולון

צפריה

קבלה 210500144435 - מקור

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	רגיל	3028	71.59

מחיר כולל: 71.59 ₪

מספר שובר: 86-006-015 , עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

בברכה, בן ישי מרים

1 כיר

הערות:

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת חולון, רחוב הרוקמים 2, קמפוס אמות, קומה 11, טל' 03-5085100 פקס: 03-6746362.
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00 ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: מרציאנו רות [316386234]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	חולון	04/06/2024	ג	20:12	אבו-חדיר מוחסן דר'	כירופרקטיקה
2	חולון	04/06/2024	ג	20:20	יעקב מורן	טווינא
3	חולון	13/06/2024	ה	19:20	יעקב מורן	טווינא
4	חולון	13/06/2024	ה	19:40	יעקב מורן	טווינא

טווינא : 3, כירופרקטיקה : 1

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
 - בברכת בריאות שלמה,
 - צוות מרפאת "מכבי טבעי חולון".
- התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת חולון, רחוב הרוקמים 2, קמפוס אמות, קומה 11, טל' 03-5085100 פקס: 03-6746362.
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00 ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: מרציאנו רות [316386234]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	חולון	04/06/2024	ג	20:20	יעקב מורן	טווינא
2	חולון	13/06/2024	ה	19:20	יעקב מורן	טווינא
3	חולון	13/06/2024	ה	19:40	יעקב מורן	טווינא

טווינא : 3

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
 - בברכת בריאות שלמה,
 - צוות מרפאת "מכבי טבעי חולון".
- התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

תאריך מסמך:

28/05/2024

19:25

לכבוד:

מרציאנו רות

הגפן

ת.ז: 316386234

מרפאה: חולון

צפריה

קבלה 210500144434 - מקור

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	רגיל	3028	190.08

מחיר כולל: 190.08 ₪

מספר שובר: 86-006-014 , עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, זאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

בברכה, בן ישי מרים

טווינא

הערות:

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

תאריך מסמך:

09/05/2024

12:10

לכבוד:

מרציאנו רות

הגפן

ת.ז: 316386234

מרפאה: חולון

צפריה

קבלה 210500143524 - מקור

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	רגיל	3028	116.44

מחיר כולל: 116.44 ₪

מספר שובר: 83-003-007, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי בירתת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

בברכה, סולימני יונית

הערות:

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת חולון, רחוב הרוקמים 2, קמפוס אמות, קומה 11, טל' 03-5085100 פקס: 03-6746362.
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00 ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: מרציאנו רות [316386234]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	חולון	21/05/2024	ג	19:48	אבו-חדיר מוחסן דר'	כירופרקטיקה

כירופרקטיקה : 1

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
 - בברכת בריאות שלמה,
 - צוות מרפאת "מכבי טבעי חולון".
- התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת חולון, רחוב הרוקמים 2, קמפוס אמות, קומה 11, טל' 03-5085100 פקס: 03-6746362.
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00 ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: מרציאנו רות [316386234]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	חולון	28/05/2024	ג	19:00	יעקב מורן	טווינא
2	חולון	28/05/2024	ג	19:54	אבו-חדיר מוחסן דר'	כירופרקטיקה

טווינא : 1, כירופרקטיקה : 1

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
 - אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
 - מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
 - שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול , יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
 - מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
 - הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
 - בברכת בריאות שלמה,
 - צוות מרפאת "מכבי טבעי חולון".
- התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il



רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

תאריך מסמך:

21/05/02024

20:10

לכבוד:

מרציאנו רות

הגפן

ת.ז: 316386234

מרפאה: חולון

צפריה

קבלה 210500144016 - מקור

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	רגיל	3028	134.95

מחיר כולל: 134.95 ₪

מספר שובר: 79-004-011 , עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
- אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת), יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית,
- וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

בברכה, בנישו ירין

הערות:

DR.HAGLA ORABI
ORTHOPEDIC SURGEON

ד"ר חגלה עוראבי
אורתופד מנתח

מרפאה רח' בן גוריון 24
קומה 7
ר"ג

TEL. FAX. 03-9047701

23/6/2025

הנדון: מרצית רות ת"ז 316386234
תאונת דרכים ב 11/4/2024 פנתה לבית חולים תל השומר לאחר בדיקה של החולה והבת שוחררה
לביתה. המשיך מעקב היה במסגרת קופת חולים מכבי טופלה בפיזיותרפיה. תרופתי. ועברה.
כאב בע"ש אינצעי במיוחד בשיבה ברכב מס דקות או עמידה ממושכת.
בבדיקה כאב באזור מעבר ע"ש גבי מותני מצד ימין. תחושה שמורה ברגליים לסג חיובי 70
מעלית מינין כוח גס שמור החזרים הופקו. עקב כאב שנמשך כשנה פלוס ממליץ בצוע בדיקת CT
ע"ש מיתני
טיפול בהידרותרפיה

ד"ר חגלה עוראבי
מ.ר. 28197

מומחה בכירורגיה אורתופדית

ד"ר עוראבי חגלה
מומחה לאורתופדיה כירורגית
מ.ר. 18577

מכון CT

הנדון: מרציאנו, רות, ת.ז: 316386234 תאריך לידה: 17/09/1996

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 04/07/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיאליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

D12-L1 - לא הודגם בלט דיסק. קוטר תקין של התעלה הספינאלית. הנקבים הניוראליים פתוחים.

L1-L2 - לא הודגם בלט דיסק. קוטר תקין של התעלה הספינאלית. הנקבים הניוראליים פתוחים.

L2-L3 - לא הודגם בלט דיסק. קוטר תקין של התעלה הספינאלית. הנקבים הניוראליים פתוחים.

L3-L4 - בלט היקפי משיק לשק התקאלי, ללא הצרות תעלה ספינלית. ,

L4-L5 - בלט דיסקלי גורם ללחץ קל על קדמת השק התקאלי, ללא הצרות תעלה ספינלית.

L5-S1 - בקע דיסקלי קל, קוטר התעלה הספינלית תקין.

הדגמה תקינה של המפרקים הסקרו-אילאקליים.

הלורדוזיס המותני הפיזיולוגי שמור.

גופי החוליות שומרים על גובהם.

לא הודגם ממצא החשוד לשבר.

נודולים קטנים על שם שמורל בלוחיות בחלק מהגבהים.

בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 116373

הוקלד על ידי: רות חתוקה

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

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

DR.HAGLA ORABI
ORTHOPEDIC SURGEON

מרפאה רח' בן גוריון 24

קומה 7

ר"ג

TEL. FAX. 03-9047701

ד"ר חיגלה עוראבי
אורתופד מנתח

28/7/2025

הנדון: מרציאנו רות ת"ז 316386234
תאונת דרכים ב 11/4/2024 פנתה לבית חולים תל השומר לאחר בדיקה של החולה והבת שוחררה לביתה. המשך מעקב היה במסגרת קופת חולים מכבי טופלה בפיזיותרפיה. תרופתי. ועברה.
כאב בע"ש אמצעי במיוחד בשיבה ברכב מס דקות או עמידה ממושכת.
בבדיקה כאב באזור מעבר ע"ש גבי מותני מצד ימין. תחושה שמורה ברגליים לסג חיובי 70
מעלות מימין כוח גס שמור החזרים הופקו. עקב כאב שנמשך כשנה פלוס ממליץ בצוע בדיקת CT
ע"ש מותני בקע דיסק פוראמינאלי לצד ימין 4-5L ו מרכזי בלט S1-5L בלט קל 1-2L
טיפול בהידרותרפיה
המלצה חופש מחלה 13/7 עד 17/7 עקב כאבי גב

ד"ר חיגלה עוראבי

מ.ר 28197

מומחה בכירורגיה אורתופדית

ד"ר עוראבי חיגלה
מומחה לרפואת אורתופדיה כירורגית
ת.ד. 1857



בית משפט השלום בראשון לציון

ת"א 10492-09-25 פלוני נ' איי.איי.ג'י חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

לפני כבוד השופט יוני לבני

תובעים

1. פלוני
2. פלוני
3. פלוני

נגד

נתבעים

איי.איי.ג'י חברה לביטוח בע"מ

החלטה

1. לפניי בקשה למינוי מומחה בתחום האורתופדי.
2. בתוקף סמכותי לפי תקנה 7 לתקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), תשמ"ז-1986 (להלן: התקנות), ולאחר שעיינתי בטענות הצדדים ובמסמכים הרפואיים שצורפו, מצאתי ראשית ראייה לצורך במינוי בתחום האורתופדי.
3. לפיכך, אני ממנה בזאת את **פרופ' אלי שטיינברג** כמומחה רפואי בתחום האורתופדי, על מנת שיחווה דעתו בדבר מצבה הרפואי של התובעת 3, בעקבות תאונת הדרכים מושא התביעה.
4. שכר המומחה בסך של 5,500 ₪ בתוספת מע"מ, ישולם על ידי **הנתבעת**.
5. המומחה מתבקש לבדוק את התובעת, ולערוך חוות דעתו תוך מתן התייחסות לשאלות הבאות:
 - א) האם נותרה לתובעת נכות זמנית או צמיתה כתוצאה מהתאונה, ואם כן באיזה שיעור. כמו כן, יקבע המומחה את תקופת אי הכושר, אם בכלל.
 - ב) האם יש לצפות לשיפור או להחמרה במצבה בעתיד?
 - ג) מהן המגבלות התפקודיות של התובעת, אם בכלל, גם בשים לב לעבודתה ולמקצועה?
 - ד) האם תזדקק התובעת לטיפולים רפואיים בעתיד? אם כן, מהם סוגי הטיפולים ומהי העלות המשוערת של הטיפולים בהתאם למחירים הנכונים להיום?

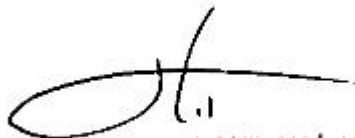


בית משפט השלום בראשון לציון

ת"א 10492-09-25 פלוני נ' איי.איי.ג'י חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

- 1 ה) המומחה יתייחס, בין היתר, למצבה הרפואי הרלוונטי של התובעת עובר לתאונה. ככל
2 שישנה נכות שאינה קשורה לתאונה – מתבקש המומחה לקבוע את שיעורה – ככל שמזכור
3 בנכות הקשורה בתחום המומחיות של המומחה הרפואי, בלבד.
4
5 6. הצדדים ימציאו למומחה את כל המסמכים הרפואיים המותרים בהמצאה, למעט חוות דעת
6 רפואיות. על המומחה לציין בחוות דעתו אילו מסמכים רפואיים עמדו לפניו בעת מתן חוות
7 הדעת.
8
9 7. המומחה מתבקש לשלוח את חוות הדעת לב"כ הצדדים ולתיק בית המשפט תוך 90 יום מקבלת
10 כתב המינוי, וכפוף לכך ששכרו הוסדר.
11
12 8. ב"כ הצדדים ישלחו למומחה שאלות הבהרה, ככל שהם מעוניינים בכך, תוך 15 יום מיום קבלת
13 חוות הדעת, והמומחה ישיב עליהן תוך 15 יום מיום קבלתן.
14
15 המזכירות תקבע תז"פ לפניה ביום 12.4.2026 – למעקב אחר פירעון שכר המומחה, ואישורו
16 כי נקבע מועד לבדיקה ונשלח תיעוד רפואי מטעם שני הצדדים.
17
18 המזכירות תביא התיק לעיוני ביום 31.5.2026 למעקב אחר קבלת חוות הדעת לתיק ומתן
19 הוראות המשך.
20
21 ניתנה היום, כ"ג שבט תשפ"ו, 10 פברואר 2026, בהעדר הצדדים.
22


יוני לבני, שופט

23
24