

התובעים:

1. **עדן ברזילי, ת"ז 233278423**
ע"י אפוטרופוסיה הטבעיים שמעון ואושרה ברזילי

2. **שמעון ברזילי, ת"ז 053087664**

3 **אושרה ברזילי, ת"ז 300587284**
כולם מרחוב חיד"א 12, בני ברק
טלפון: 0549428108

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

– נ ג ד –

הנתבעים

1. **חסיני עלאלדין, נהג האוטובוס (קו 37)**
זיהוי לא יודע

2. **"מטרופולין" תחבורה ציבורית בע"מ 513002832**
מרחוב הטחנה 1, כפר סבא 4453001
טל': 0732634600, פקס: 073-2634938
דוא"ל: cs@metropoline.com

3. **איילון חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב אבא הלל 12, רמת גן
טל': *6677; פקס: 03-7569580
דוא"ל: ifnmailrouterhovatah@ayalon-ins.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלת"ד

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

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

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין :

1. הנתבעת 2, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הבעלים ו/או מתירת השימוש ברכב, מסוג אוטובוס הנושא מ.ר. 84-425-82 (להלן: "**הרכב/האוטובוס**") אשר היה נהוג ע"י הנתבע 1.

2. הנתבעת 3 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.

3. התובעת 1, ילידת 7.2.2021, הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסעת ו/או המשתמשת ברכב יחד עם אמה, התובעת 3

4. התובע 2, אבי הקטינה, התובעת 1..

5. התובעת 3, הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסעת ו/או המשתמשת ברכב אשר ניזוקה בתאונה ובין היתר היטיבה את נזקי גופה של התובעת 1.

רצ"ב קבלה בגין נסיעה ותמונות מזירת האירוע, מסומנים "**כנספח 1**" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.



(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

6. התובעות 1, 3 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 3 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.

7. התובעים, התקשו ומתקשים מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה ומחמת השגחה על בתם, התובעת 1, בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקפה, נזקקו להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.

8. התובעים 2 ו-3, בני זוג ולחם 6 ילדים, בנוסף לגידול ולטיפול בילדיהם, במועד התאונה הייתה התובעת 3 בהריון, היא נזקקה בנוסף לצרכי ריפוייה לדאוג לילדיה, למהלך הריונה והתקשתה בכך כמו גם ביתר תפקודי היומיום ונזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר וכך גם בעתיד.

9. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקו התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזדקקו לכך גם בעתיד.

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

10. בתאריך 30.9.2023, בשעה 20:23 או בסמוך לכך, היה הרכב מעורב בתאונה והתובעות 1, 3 נפגעו בגופן (להלן: "התאונה").

התובעת 1:

11. התובעת 1 נחבלה בראשה, היא פונתה ממקום התאונה באמצעות אמה למרכז שניידר לרפואת ילדים, בבדיקתה הודגמה המטומה בראשה, היא שוחררה לביתה, תוך שהרופאים מנחים את ההורים לעקוב אחר התנהגות, מנוחה והמשך מעקב בקהילה.

12. הוריה החלו לשים לב להתנהגות חריגה מצידה של בתם, התובעת 1, בין היתר בקושי להירדם, יקיצות תכופות במהלך שנתה, היא חזרה להרטיב ביום ובלילה, חרדות שהתבטאו בעיקר מפחדים בנסיעה באוטובוס, היא הופנתה במסגרת הקהילה לאבחון בריאות הנפש ילדים וטיפול משלימים.

13. התובעת מצויה במעקב התפתחותי ותמיכתי, היא סובלת מפחדים, חרדות וסימפטומים המצריכים המשך טיפול ומעקב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2"

14. מאז התאונה סובלת התובעת 1 מכאבי ראש, ממצב רוח ירוד, מחרדות, מנסיגה בהתפתחות ומקשיי הירדמות ושינה, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.

15. התובעים 2-3 נדרשו להעניק לתובעת 1 סיוע, השגחה ושמירה מרובה מעבר למקובל בקרב בני גילה, ונזקה בעטיה של התאונה יפגע בעתידה.

16. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקקה התובעת 1 לעזרה מוגברת ותיזקק לה גם בעתיד.

17. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב לחרדות מהם סובלת, נגרמו לה ולהוריה הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות והיא תזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.



התובעת 3:

18. לאחר התאונה, ולאחר שבתה הקטינה שוחררה מהמיון, בשים לב לעובדה שהייתה בהריון (שבוע 5+6) פנתה התובעת למיון גינקולוגי במרכז הרפואי מעייני הישועה, בבני ברק, שם אובחנו חבלות בבטן תחתונה, בצוואר, בכתפיים ובגב. לאחר בדיקות ראשוניות ומשנשלל החשד לפגיעה בעובר ובמהלך ההריון שוחררה לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי אורתופדי וגינקולוגי, נטילת משככי כאבים בהתאם להריון ומנוחה.

19. התובעת סבלה מהחמרה בכאבים והגבלה בטווחי תנועות הצוואר, הגב והעורף, כמו כן כאבי ראש וחרדות, היא פנתה לקבלת טיפול רפואי, בהתחשב בנסיבות היותה הרה, לא התאפשר לבצע בדיקות דימות, והיא הופנתה לטיפול פיזיותרפיה ורפואה משלימה בהתאמה לשלבי ההריון ולמעקב גינקולוגי.

20. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה וטיפול שיאצו, אולם, נותרה עם כאבים והגבלה בטווחי הצוואר והגב, עם התקדמות וגדילת ההריון החמירו כאבי הגב והצוואר, כאבים שהשפיעו השפעה ניכרת ופגעו בתפקוד היום יומי.

21. בתום חודשי ההריון הקשים, ילדה התובעת בשעה טובה. היא המשיכה לסבול מכאבים בגב ובבטן, היא פנתה לסדרת בדיקות הדמיה, ולאחר התייעצות הוחלט להפנותה לסדרה נוספת של טיפולי פיזיותרפיה ורפואה משלימה, הפעם בצורה אינטנסיבית יותר ללא מגבלות כפי קודם לכן.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3"

22. מאז התאונה סובלת התובעת 3 מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקשיים בהרמת משאות, מקושי בכיפוף, בישיבה, בעמידה ובהליכה ממושכות, מקשיי הירדמות ושינה, היא נזקקת לנטילת תרופות לשיכוך כאב והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

23. התובעת 3, גננת פרטית בעיסוקה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בכריעה, כיפוף והרמה, מתקשה מאז התאונה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

24. התובעת 3, מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה וטיפול בילדיה, נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.



25. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

27. להלן פירוט נזקי התובעים:

א. נזק מיוחד:

התובעת 1:

- (1) עזרת הזולת בעבר – ₪ 40,000
- (2) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 20,250
- (3) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 18,500

התובעת 3:

- (1) הגריעה מכושר ההשתכרות בעבר- ₪ 120,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 38,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 16,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 8,500
- (5) הוצאות בגין נסיעות, הוצאות ריפוי והטבת נזקי התובעת 1 - ₪ 37,800

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעות 1, 3, פיצוי הולם בגין נזקיהן, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותן התפקודית של התובעות 1, 3 או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותן הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) הוצאות עזרת הזולת בעתיד לתובעות.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד לתובעות.

(4) הוצאות בגין שימוש מוגבר במוניות בעתיד לתובעות.

(5) פיצוי בגין נזקיהן הלא ממוניים של התובעות.

28. הנתבעת 3 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

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

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 3 לדיון, ולחייבה לפצות את התובעים, 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 התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: קבלה בגין נסיעה ותמונות האוטובוס (עמודים 9 עד 15)	9
נספח 2: תיעוד רפואי- תובעת 1 (עמודים 17 עד 23)	17
נספח 3: תיעוד רפואי- תובעת 3 (עמודים 25 עד 60)	25
נספח 4: בקשה למינוי מומחים - תובעת 1 (עמודים 62 עד 62)	62
נספח 5: בקשה למינוי מומחים- תובעת 3 (עמודים 64 עד 64)	64
נספח 6: יפוי כח ווסר- תובעת 1 (עמודים 66 עד 67)	66
נספח 7: יפוי כח ווסר- תובעת 3 (עמודים 69 עד 70)	69

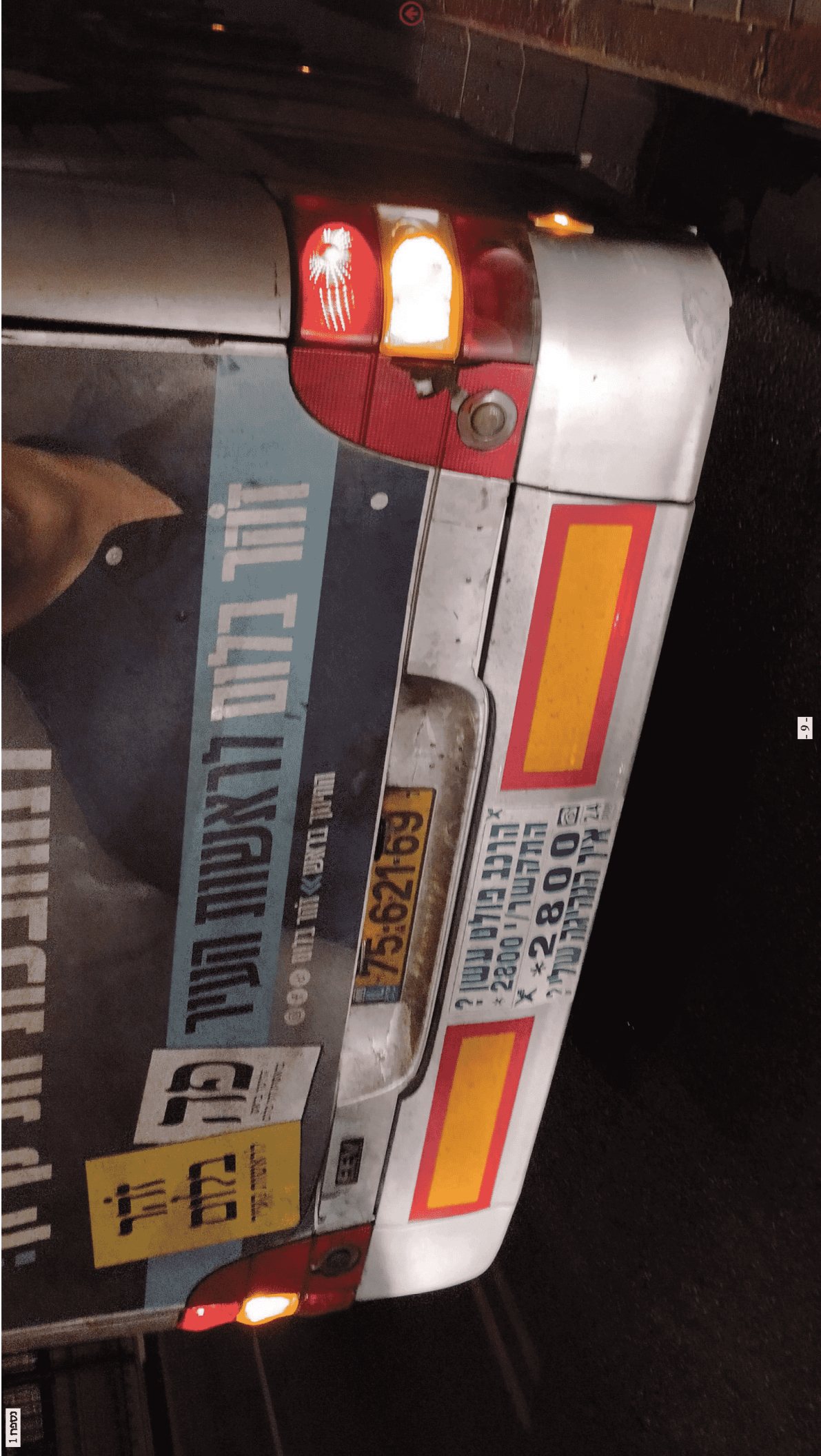


נספח 1 :

קבלה בגין נסיעה ותמונות האוטובוס

(עמודים 9 עד 15)









ג' ב"ח - חשבת נהג

30/09/2023 23:20 ושעה: תאריך

שם הגנה: חסיג עלאלדאן

תעודת זהות: 6431****0

מס' רכב: 8242584

מס' תכונה: 2963

גרסאת תכונה: 5.9.8.0

מס' חשבת תכונה: זכט

מספר חשבת נהג: 0

30/09/2023 19:56:35 זמן פתיחת חשבת: 35

אסמא: פתח חשבת ראשי

קו נוכח: 37

מלופה נוכח: 0

כוח: נוכח

קוד חשבת אקראי: 687

מס' כרטיס ראשון: 58833

מס' חשבת: 0

מס' חשבת: 0.00

מס' חשבת: 0.00

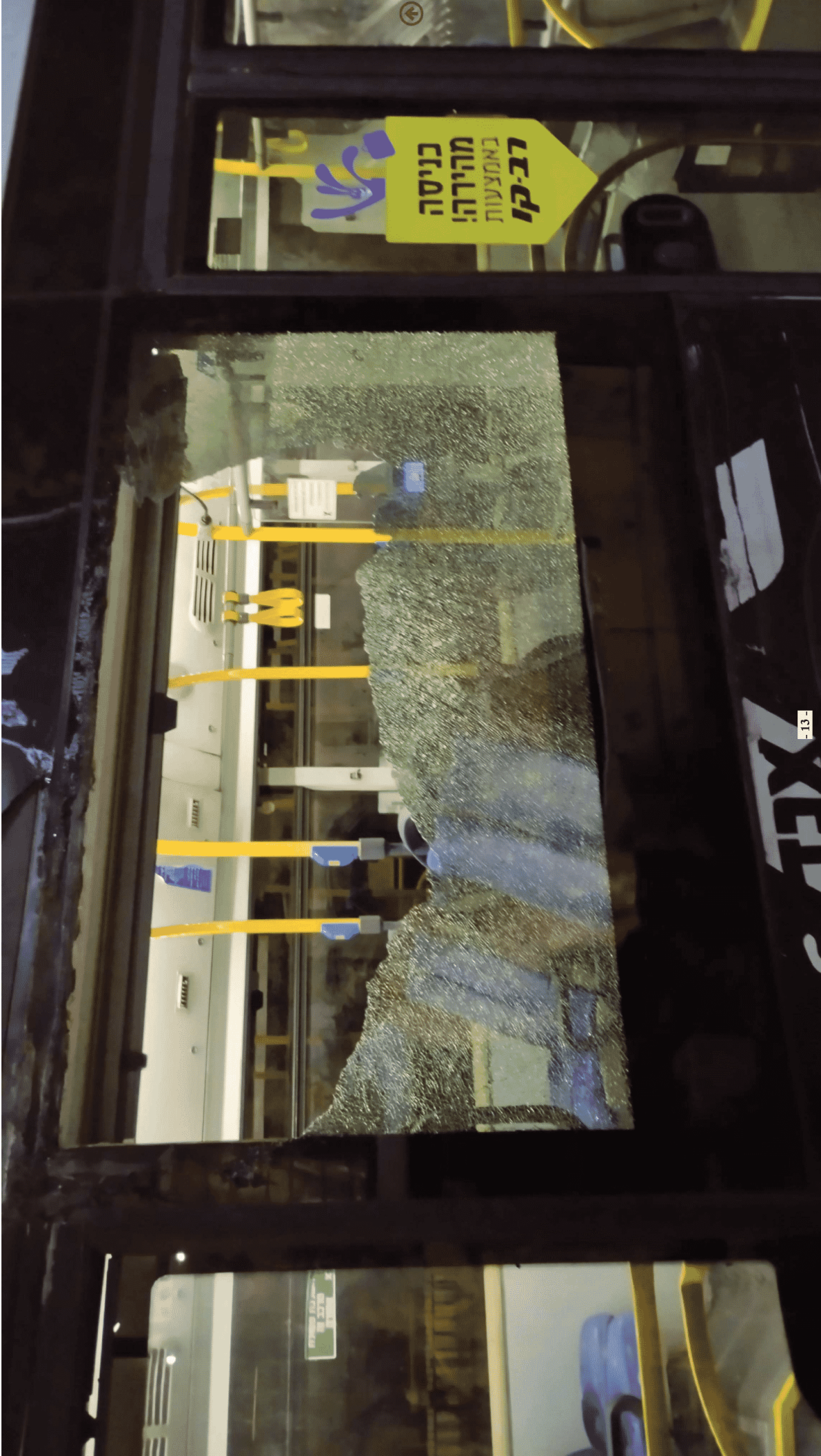
מס' חשבת: 0

מס' חשבת: 0

מס' חשבת: 0

אזהרה: כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד. כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד. כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד.

אזהרה: כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד. כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד. כל שינוי במידע חשבת יבוצע על ידי חשבת נהג בלבד.



לב-קו
במסעדות
מהירה!
כניסה



לב-קו
במסעדות
מקדמה
כניסה



נספח 2 :

תיעוד רפואי- תובעת 1

(עמודים 17 עד 23)





מרכז שניידר לרפואת ילדים



מרכז שניידר לרפואת ילדים (ישראל)
مركز شنييدر لطب الأطفال في إسرائيل
Schneider Children's Medical Center of Israel

מכתב שתורר ממחלקה לרפואה דחופה ילדים מתאריך 01/10/2023 הופק ע"י דר' גוטמן עילית מ.ר. 1141407 01:21 01/10/2023

מחלקה לרפואה דחופה ילדים
מנהלית דר' ברנט חן מ.ר. 36520:
אח/אחות אחראיים: אילנית פוזננסקי
מס' קבלה למחלקה: 2517839301
טלפון: 03-9253656
פקס: 03-9210653

שם משפחה:	ברדילי	ת. לידה:	07/02/2021
שם פרטי:	עדן	ת. זהות:	23327842-3
כתובת:	פדרמן דוזה 9, בני ברק 5123008	מין:	נקבה
טלפון:	0549428108	גיל:	2 ש' ו 7 ח'
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	שמעון
גורם מממן:	דן, פתח-תקוה		

דואר אלקטרוני - miun1@clalit.org.il

זמן הגעה

תאריך: 30/09/2023 שעה: 23:38

סיבת פניה/ תלונה עיקרית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערות: ת.ד. בין שני אוטובוסים
הייתה מסעת באוטובוס ונחבלה בראש
ללא הקאות/ללא איבוד הכרה

רופא מטפל

רופא: דר' גוטמן עילית מ.ר. 1141407

סיום טיפול במלרד: שחרור

רמות דחיפות: 3

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה HEAD INJURY, UNSP.	95901			✓			

תלונה עיקרית

תאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת שנתיים וחצי, כריאה ומחוסנת, התפתחות תקינה.
הערב בשעה 23:00 נסעה באוטובוס עם משפחתה, ישיבה על ספסל ליד אחיה באחורי האוטובוס עומב. שני אוטובוסים התחכנו זה בזה, נשברו זגוגיות, האוטובוס בה נסעה סטה ממסלולו למדרכה,
ונחבלה בראשה, כנל הנראה ממשענת המושב שלפניה.
ללא איבוד הכרה, שתתה מים ללא הקאות, ללא פרכוסים. בכתה הרבה.
לאחר כחצי שעה חזרה להתנהג כרגיל.

לא ידועה רגישות לתרופות

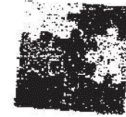
לא ידועה רגישות לחומרים

מזדים בקבלה

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
01/10/2023	00:15	מזדים	משקל 10.4 ק"ג דופק (בדקה) 120 לחץ דם (ממ"מ כ") 104/58 סטורציה באויר 100	



מרכז שניידר לרפואת ילדים



מרכז שניידר לרפואת ילדים ונוער
מרכז שניידר לרפואת ילדים ונוער
Schneider Children's Medical Center of Israel

מכתב שחרור ממחלקה לרפואה דחופה ילדים

שם משפחה:	ברזילי	תאריך לידה:	07/02/2021	מחלקה לרפואה דחופה ילדים
שם פרטי:	ערן	ת. זהות:	23327842-3	מנהלת דר' ברנט חן מ.ר. 36520:
סוג דם:		שם האב:	שמעון	אח/אחות אחראיים: אילנית פוזנסקי

מדדים	23:43	30/09/2023	VAS	0	דר (%)
מדדים	23:41	30/09/2023	VAS	0	דר (%)
מדדים	23:41	30/09/2023	מילוי קפילרי	1	דר (%)
מדדים	23:41	30/09/2023	Q-Flow	560	דר (%)

מדדים

תאריך גשעה	משקל (ק"ג)	דופק (בדקה)	לחץ דם (ממ"מ)	סטורציה באויר חדר (%)	VAS	מילוי קפילרי	Q-Flow
00:15 01/10/2023	10.4	120	104 / 58	100	0		
23:43 30/09/2023					0	1	
23:41 30/09/2023							560

בקרת מדדים

משביע רצון

בדיקה גופנית

מצב כללי: חיובית וערנית, מניעה 4 גפיים בחופשיות ובסימטריות, אישונים שווים עגולים צמיחים לאור, המטומה מצויה קטנה - קוטר 3 ס"מ, לא נמשה מדרגה בעצם

סיכום

נרשם ע"י דר' גוטמן עילית מ.ר. 1141407, מחלקה לרפואה דחופה ילדים

תאריך עדכון: 01:19 01/10/2023

דיווח / דיון: חבלת ראש ללא גורמי סיכון, סימנים פרגנוסטיים שליליים או מנגנון תבולה משמעותי. המטומה פרונטלית קטנה, בדיקה תקינה, התרשמות האם להתנהגות רגילה. לאור כך - תשחרר לביתה עם ההמלצות:

המלצות כלליות

המלצה: - המשך מעקב רופא/ה מטפלת/ בקהילה
- בנל החמרה במצבה לרבות הפעת הקאות, שינויים במצב ההכרה, חוסר יציבות בהליכה, תלונה על כאב ראש
בהחמרה או כל החמרה אחרת - יש לפנות לבדיקות רופא/ה בהקדם

החתימה

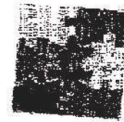
נחתם ע"י דר' גוטמן עילית מ.ר. 1141407

מסמכים מלווים

המכתב הודפס ע"י דר' גוטמן עילית, בתאריך 01/10/2023, בשעה 21:21



מרכז שניידר לרפואת ילדים



מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
 מרכז שניידר לרפואת ילדים
 Schneider Children's Medical Center of Israel

מכתב שחרור ממחלקה לרפואה דחופה ילדים

שם משפחה:	ברזילי	תאריך לידה:	07/02/2021	מחלקה לרפואה דחופה ילדים
שם פרטי:	עדן	ת. זהות:	23327842-3	מנהל/ת ד"ר ברנט רון מ.ר. 36520:
סוג דם:	שם האב:	שם המעון		אח/אחות אחראיים: אילנית פוזנסקי

חסידי אישי***



הודפס בתאריך: 20/10/2023 08:42
 הודפס ע"י: רחלי עבאדי
 רישום מתאריך: 19/10/2023 17:53:57

דף 1

רישום ביקורים
 ברזילי עדן; ת.ז.: 00-23327842-3; גיל: 2.8

גיל המטופל: 2.08

תאריך ביקור: 19/10/2023

תאריך תאונה: 30/09/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: חרדות אחרי תאונת דרכים כתוצאה משפשוף בין 2 אוטובוסים לפני כ-3 שבועות
 היתב ביקור מיון לחבלת ראש

סימנים חיוניים

גובה: 84	נמדד ב: 23/07/2023	אחוזון גובה: 3.91
משקל: 10.01	נמדד ב: 23/07/2023	אחוזון משקל: <3
BMI: 14.19	אחוזון BMI: 14.18	
לחץ דם: 70 / 123	נמדד ב: 01/05/2023	

מתאריך: 23 eGFR: 198.61

אבחנה	אופק	ערך
ANXIETY STATE		3000
INJURIES		U80

דיון/תוכנית טיפולית: הדרכה
 במקרה של החמרת סימפטומים לצור קשר עם גורם רפואי

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרכז בריאות הילד בני ברק

תאריך עדכון: 19/10/2023

קוד מרפאה: 5074

חפא מעדכן: ד"ר צפורה חנה שניידר

קוד מחוז: 04

מס רשיון: 117027

מקצוע המעדכן: 11 ילדים

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס: Z



תאריך: 14/11/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	ברזילי עדן
מס זהות:	00233278423
גיל:	2.09 מין: נ
תלידה:	07/02/2021
מס בית:	9 / 16
ישוב:	בני ברק
טלפון:	54-9428108
רחוב:	פדרמן דוזה
טלפון נוסף:	52-4668848

תאריך תאונה 30/09/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35074018754

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5074



035074018754



0233278423



028832

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
99014	T0014	טיפולים משלימים לילדים ונוער - מחוץ לסל	99014

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות 30/09/2023 הייתה מעורבת בתאונת דרכים, נחבלה בראש. מאז סובל מחרדות, לא מסכימה לנסוע באוטובוס, לא לעמוד בתחנת אוטוס. התחילו הרטבות יום ולילה. קשיים הרדמות, יקיצות תכופות

סימנים חיוניים: גובה 84 23/07/2023 משקל 10.01 23/07/2023 bmi 14.19

להץ דם 123 / 70 01/05/2023



מתאריך 23/07/2023 eGFR 198.61

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80	s/p	ACCIDENT/INJURY; NOS

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

28832

ד"ר ליאורה מישנה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

תאריך: 14/11/2023 14:49

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ברזילי עדן	מס זהות:	00233278423	גיל:	2.09 מין: נ
ת.לידה:	07/02/2021	ישוב:	בני ברק	רחוב:	פדרמן דודיה	
מס בית:	9 / 16	טלפון:	54-9428108	טלפון נוסף:	52-4668848	

תאריך תאונה 30/09/2023

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35074018755

מספר רשיון	מספר הפניה	תז נבדק	גורם שולח
028832	035074018755	0233278423	5074

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74054	L0770	מנזר אבחוני ילד ונוער בריאות הנפש	74054

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80	s/p	ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: ב-30/09/23 הייתה מעורבת בתאונת דרכים

, נחבלה בראש,
מאז סובל מחרדות, לא מסכימה לנסוע באוטובוס, לא לעמוד בתחנת אוטוס.
התחילו הרטבות יום ולילה,
קשיים הרדמות, יקיצות תכופות



סימנים חיוניים:	גובה	84	23/07/2023	משקל	10.01	23/07/2023	bmi	14.19
לחץ דם	123 / 70	01/05/2023						

23/07/2023 מתאריך 198.61 eGFR

נחתם דיגיטלית

28832

ד"ר ליאורה מישנה

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



שם הרופא	ד"ר ליאורה מישנה	מספר רשיון	28832
תחום	רופאת ילדים	טלפון	03-5777205
כתובת	רבי עקיבא, 83	פקס	03-5777239
מרפאה	רבי עקיבא - מרכז בריאות הילד - בני ברק	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 21/01/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ברזילי עדן	מס זהות:	00233278423	גיל:	3.11	מין:	נ
ת.לידה:	07/02/2021	ישוב:	בני ברק	רחוב:	פדרמן דוזיה			
מס בית:	9 / 16	טלפון:	54-9428108	טלפון נוסף:	52-4668848			

מספר הפניה: 35074033726

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
028832	0233278423	035074033726	5074

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
99015	T0015	טיפול רגשי במושלם לגילאי 3-9 בהיעדר בעיה התפתחות	99015

הריני מפנה את המטופל הכלל להתייעצות בשל

תלונות קשיים רגשיים אחרי תאנת דרכים

סימנים חיוניים: גובה 88.5 22/05/2024 משקל 11.5 22/05/2024 bmi 14.68

לחץ דם 123 / 70 01/05/2023

02/01/2025 מתאריך 191.68 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
313		EMOTIONAL DISTURBANCE CHILDHOOD

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

שם הרופא	ד"ר ליאורה מישנה	מספר רשיון	28832	נחתם דיגיטלית**
חתימה וחותמת הרופא		מספר רשיון		

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

1 ה.ה.

הפניה לרפואה יועצת

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

21/01/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה מישנה

00233278423

ברזילי עדן

נספח 3 :

תיעוד רפואי- תובעת 3

(עמודים 25 עד 60)



הופק ע"י ד"ר שביקובסקי מריה 01/10/2023 20:47

****חסני רפואי****

MAYANEI HAYESHUA MEDICAL CENTER
17 POVARSKY ST. BNEI BRAK, ISRAEL
51544, TEL: 03-5771111



המרכז הרפואי מעיני הישועה
רחוב הרב פוברסקי 17
בני ברק 51544, 03-5771111

מיון גניקולוגי

מנהל אגף נשים ויולדות פרופ' מבי אריאל מ.ר. 21575
מנהל המערך לכירורגיה גניקולוגית: ד"ר עוז הלל גביש מ.ר. 37622
מנהל יחידה: ד"ר צברי אביטום מ.ר. 17422
אחל"ת אחראית: סימה דיו
טלפון: 03-5771140 פקס: 03-5771172

מכתב שחרור

ברזילי אושרה 300587284					
ת. לידה:	22/12/1986	גיל: 36	מיון: מקבה	שם האב:	צבי
ת. קבלה:	01/10/2023 18:17	3175963	ת. שחרור:	גורם משפחתי:	משיא
נחובת:	פדרמן 9 בני ברק	טלפון:	054-9428108	סוג דם:	+A
ארץ לידה:	ישראל	גורם מפכה:	תאונת דרכים	עסבי:	estibi

סוג דם

סוג דם

A+

מקור מידע

תוצאות מעבדה ממשק

תאריך בדיקה

06/02/2021

12:13

רמת דחיפות: לא דחוף - עד 120 דקות

טיפול מוזמן

טיפול מוזמן: מקבל הטיפול מגיע עבור פעילות יעודית מוגדרת, מקבל טיפול ומשחרר

טיפול מוזמן: לא

אבחנות בביקור

- TRAUMA-CAR ACCIDENT (E819)
- PREGNANCY (V22)

סיבת פגייה

סיבה עיקרית: אחר

הערות: לאחר תאונת דרכים אתמול בלילה

פרטי קבלה

גורם מפנה: עצמאי

התקבל מ: בית

תלונה עקרית

כאבי בטן

תולדות המחלה

בת 36 G8P5 שבוע 6+5 (לא לוסת)

פנתה בשל כאבי בטן ותלונה, כאבי גב וכאבים בכתפיים, טכאבי צוואר.

יום טרם קבלתה הייתה מעורבת בת"ד כנוסעת באוטובוס,

ללא נפילה, ללא חבלת ראש, בטן ישירה

ללא דימום

ברקע - בריאה בד"כ, ללא ניתוחים בעבר, ללא אלרגיות, ללא תרופות קבועות

300587284

ברזלי אושרה

סוג דם - A +

ה.ג.

וסת סדיר לפני הריון

ו.א.

PAP אחרון ב 2021 תקין

ללא בעיות גינקולוגיות ידועות

ה.מ.

G8P5

NVD*5 במהלך תקין ללא סיבוכים בלידות או לאחריהן

AB*2 בשבועות 8 ו 6, קיבלה ציטוסק

ה.נ. - ספונטני, טרם סוגר בהריון

בדיקה ביתית חיובים ב 18/9

19/9 BHCG 173

בבדיקתה במיין -

חשה בטוב ללא תלונות

מזדדים חיוניים תקינים

בטן - רכה לא רגישה, ללא סימני ג"צ.

TVUS - רחם קדמי, שק הריון תוך רחמי תואם שבוע 5+6 מכל שק חלמון, קוסב עברי CRL 2.6 מ"מ תואם שבוע 5+6 עם

דופק, שחלה ימנית במפ, שחלה שמאלית עם CL

מעבדה - המוגלובין - 11.3

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בריאה בדרך כלל

לא ידוע על מחלות במשפחה

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלסהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע על ניתוחים בעבר

היסטוריה מילדותית

מספר הריון	אופן כניסה להריון	אופן סיים ההריון	שנת סיום הריון	שבוע סיום הריון	מספר עוברים	אופן לידה	מין	משקל(גרם))	הילוד
1	עצמוני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2011	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3249	חי
2	עצמוני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2012	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3118	חי
3	עצמוני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2014	39	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	נקבה	2375	חי
4	עצמוני	הפלה טבעית מוקדמת	2015	6					
5	עצמוני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2016	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3000	חי

חישוב גיל הריון

גיל הריון: (לוחארץ 01/10/2023) 6+6 (לפי וסת), תואריך וסת אחרונה: 15/08/2023

הריון עצמוני, מספר עוברים: 1

מדדים

תואריך שעה קטגוריה מדדים 01/10/2023 18:38

מדד תוצאות והערות

חום 37.2

דופק 70

לחץ דם 117/73

300587284

ברזילי אושרה

117/73 לחץ דם

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
01/10/2023	18:38	מדדים		
			חום	37.2
			דופק	70
			לחץ דם	117/73
			לחץ דם	117/73

החלטה: שמור

סיכום ותוכנית טיפול

לסיכום שבוע 5+6 לאחר תאונת דרכים, פנתב בשל כאבי בטן, גב, אורך, כתפיים במיון הערכה גינקולוגית תקינה, הריון תוך רחמי, עובר עם דופק תואם שבוע 5+6 משוחררת בבחינה גינקולוגית

ייעוץ אורטופד

מהלכת בכוחות עצמה נושאת משקל ללא אמצעי עזר. ממניעה צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי. רגישות פראורטבלרית צווארית בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1. ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.

משתחררת לביתה במצב כללי טוב עם המלצות הבאות

המלצות

המלצה: - בכל מקרה דימום מוגבר, כאבי בטן עזים, חום גבוה או כל תלונה תריגה אחרת יש לגשת ללא דיחוי לבדיקת רופא במיון

- המשך שימוש בתכשירי ברזל וחומצה פולית
- המשך מעקב הריון אצל רופא מטפל

המלצות אורטופד

נוגדי כאבים לפי הצורך והמלצת רופא גינקולוג ניתן להשתמש בקומפרסים חמים ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד שבוע במידת הצורך.

מטופלת/ יקר/ה

1. דע/י את זכויותיך

יתכן והנך זכאית לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי.

ככלל, קיימות זכויות לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית; פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה; אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשאדם מוגבל כתוצאה ממחלה הקשורה באשפוז זה.

מוצג שתבדוק/י את זכויותיך באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי <http://www.btl.gov.il>.

באתר ניתן להוריד טפסי תביעה לכל הקצבות ואף להגיש באמצעות האתר או בדואר ישראל או בהגשה בסניף המוסד לביטוח לאומי.

2. אם במהלך הברר והטיפול בך נילקחה ממך ביפסיה, עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביפסיה על מנת לברר תשובת פתולוגיה

3. כל ביקור במר"ד כרוך בתשלום או בשופס התחייבות מקופת חולים

ברדילי אושרה 300587284

ד"ר מריה שבייקובסקי
אגף נשים ויולדות
מ.ר. 141319
מרכז רפואי מעיני הישועה

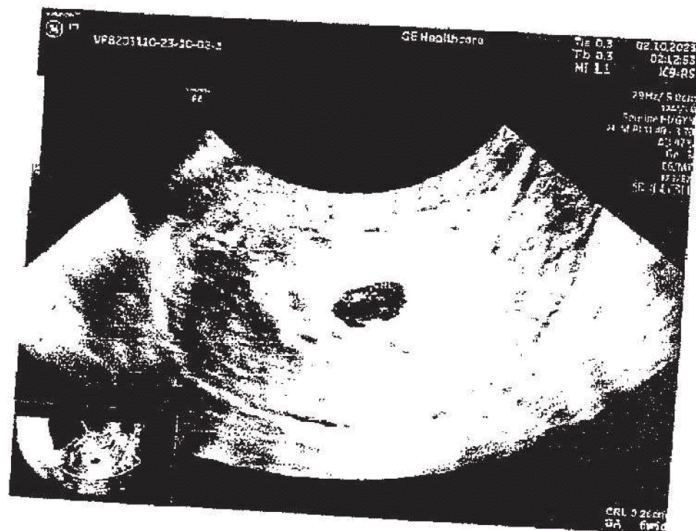
חתימה:

נחתם ע"י: ד"ר שבייקובסקי מריה מ.ר. 141319

גברת נכבדה
עליך ליטול חומצה פולית למניעת מומים בעובר בכל תקופת הפוריות שלך גם אם את לא מתכננת הריון כולל תקופת הנקה.

המידע הכלול במסמך זה מגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו / לאו תכנו / לאו איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם / או גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מראוה עבירה.





הודפס בתאריך: 05/10/2023 09:40
הודפס ע"י: מרגרט דוד
רישום מתאריך: 05/10/2023 09:25:21

דף 1

רישום ביקורים
ברדילי אושרה; ת.ז: 4-30058728-00; גיל: 36.9

פרטי הביקור

גיל: 36.09

תאריך ביקור: 05/10/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

גורם מפנה: פניה עצמית

סיבת ביקור: מיון

תלומות: 21.08

נבדקה במיון לאחר תאונת דרכים (היתה באוטובוס, לא קבלה איזושהי מכה) - עובר עם דופק, לדבריה, לא הביאה תיעוד הפרשה דמית בגוב הבוקר בטן רכה, לא רגישה, ללא סמני גרוי צפקי PS לא נצפה דמום או פצעים, על המתמר הפרשה מזרחית צהבהבה TVS נצפה שק הריון תוך רחמי עם שק חלמון וקוטב עוברי שב 6.0 לפי CRL, הודגם דופק קבלה הסבר והנחיות מדויקות והתרשמותי שהבינה נא לקבוע תור לבקורת אצל רופא מטפל נשים FA, פרנטל בדיקה חוזרת בעוד 7-14 כאן

ממצאים ותוכנית אבחנתית

תור	אופי	אבחנה
V22		PREGNANCY

שם	קטגוריה	סוג	תאריך	מנהל	מנהל	מנהל	מנהל	מנהל	מנהל
FOLIC ACID TAB 400MCG 400MCG	1	TAB	1	טבליות	D 30	1			
PRENATAL FEMINA 9MONTH(ALT)30 CF	1	CPL	1	קפליות	D 30	1			

מנות	קטגוריה	מנהל	מנהל
1	680		

680 בדיקת מיון ראשונית במרכז בריאות האיש

סיכום

לא הוגדרה שליחת סיכום אוטומטית

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת בני ברק איזורית

קוד מרפאה: 3033

קוד מחוז: 04

תאריך עדכון: 05/10/2023

רופא מעדכן: מרגרט דוד

מס רשיון: 33039

לשימוש פנימי

542/01/000/03/00

תאריך: 19/10/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ברזילי אושרה	מס זהות:	00300587284	גיל:	36.10	מין:	נ
ת.לידה:	22/12/1986	ישוב:	בני ברק	רחוב:	חידא	טלפון מסר:	54-9428108	
מס בית:	12 / 12	טלפון:	54-9428108	תאריך תאונה:	30/09/2023			

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 19/10/2023

תאריך תאונה: 30/09/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 19/10/2023

הריון, שבוע 7, נבדקה במיון גינקולוגי ואורתופדי - מעייני הישועה מלינה על כאבים בעמוד שדרה צווארי ומותני, כמו גם בע"ש גבי ללא מחלות רקע משמעותיות לא קיימת רגישות לתרופות

בדיקה גופנית: 19/10/2023

תנועות ע"ש צווארי מעט מוגבלות עם כאבים בסוף תנועה רוטציות מעט מוגבלות, אין חסר נוירוסקולרי דיסטלי; בגפיים תחתונות או עליונות; תנועות ע"ש גבי טובות, תנועות ע"ש מותני כאובות הליכה בתבנית תקינה אין חסר מוטורי או תחישתי; כוח תקין שווה דו"צ תנועות אגן טובות; תנועות פרקי ירכיים מלאות רגישות פרהספיקאלית מותנית דו"צ

קוד	אפיין	אבחנה
7342		FLATFOOT BILATERAL
A80		ACCIDENT/INJURY, NOS
7242		LOW BACK PAIN
		CERVICALGIA

קוד	סטטוס	פרטי ההפניה	הפניות
H9	הופק	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	הפניה לפיזיותרפיה
H9	הופק	לשקילת דיקור / שיאצו / טווינה	טופס הפניה כללי - נוסח חופשי

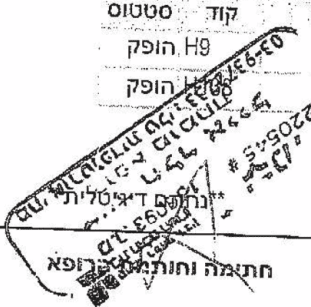
בברכה,

36093

ד"ר אייל הלר

מס' רשיון

שם הרופא



17

דיושום ביקורים
בדילי-אמון ונא: 4-28/85טט-טט; גיל: 36.9

שימוש פנימי



013033070348

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת מרשמים לבית מרקחת

כללית

מס' 36,10

ברזילי אושרה

00300587284

מס' זהות:

CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF

למשך 30 ימים סה"כ 1 OP

110034091

טבליות 1 x 1 ביזום

תוקף מרשמים: 19/01/2024 - 20/10/2023

TRAUMEEL S OIN 50GM CF

למשך 14 ימים סה"כ 1 יח

000055555

מריחה 1 x 3 ביזום

תוקף מרשמים: 19/01/2024 - 20/10/2023

VALERIAN DROPS 10ML TRA CF CF

(VALERIAN TRA 10ML, VALERIAN (FLORISH) TRA 10ML)

למשך 30 ימים סה"כ 1 יח

999021312

טיפות 50 x ביזום

תוקף מרשמים: 19/01/2024 - 20/10/2023



מס' רישיון



084922

טלפון: 03-5777200

שם הרופא ד"ר מרינה מקובן

כתובת: רבי עקיבא 83 - בני ברק

תחום: רפואת משפחה

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 20/10/2023



013033070349

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת רפואת לבית מרקחת

מין: נ

36,10

ברזילי אושרה

00300587284

מס' זהות:

LORIVAN TAB 1MG 20 1MG

111809003

סה"כ 20 יח

למשך 20 ימים

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 20/10/2023 - 19/11/2023



מס' רישיון



084922

טלפון: 03-5777200

שם הרופא ד"ר מרינה מקוגן

כתובת: רבי עקיבא 83 - בני ברק

תחום: רפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריס גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 20/10/2023

הודפס בתאריך: 04/12/2023 15:33
הודפס ע"י: סיגלית שפינר
רישום מתאריך: 23/10/2023 18:14:19

דף 1

ביקור רופא ברפואה משלימה

ברזילי אושרה; ת.ז.: 00-30058728-4; גיל: 36:11

גיל מטופל: 36.10

תאריך ביקור: 23/10/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: שיחה טלפונית

תלונה/סיבה הפניה בריאה בד"כ ללא ניתוחים ללא רגישות לתרופות ללא תרופות ללא עישון לדבריה
ת.ז. 30.09, מאז כאבים בגב ובסיס הצוואר ללא הקרנה או נימול בגפיים
בהריון שבוע 8 נצפה דופק עובר אחד

תלונה עיקרית

מחבר רח	תפקוד	עוצמת הכאב	קוד	איפיון	אבחנה
			7245		BACKACHE

בתור ריקע

תזונה: רגילה

בדיקה גופנית

בדיקה גופנית: אונליין

דין ותוכנית הטיפול

תוכנית טיפול

טיפול	כמות	חובה/ אופציונאלי	הערות
שיאצו	10	חובה	בהריון
אוסטאופטיה	10	אופציונאלי	בהריון
רפואה סינית ייעוץ	10	אופציונאלי	בהריון לפי פיקוד העורף

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 23/10/2023

רופא מעדכן: פאול סופר

שם מרפאה: ייעוץ אונליין רפואה משלימה

מס' רשיון: 34257

קוד מרפאה: 3699 קוד מחוז: 02 קוד מקצוע: 125 תאור מקצוע: רופא ברפואה משלימה

סמון כרטיס z

24/10/2023 16:07: הודפס בתאריך:
הודפס ע"י ד"ר אביטל ורטהייפר
24/10/2023 15:58:59: רישום מתאריך:

דף 1

רישום ביקורים
ברזילי אושרה; ת.ז.: 00-30058728-4; גיל: 36.10

פרטי הביקור

גיל: 36.10
תאריך ביקור: 24/10/2023
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: רגיל
גורם מפנה: פניה עצמית
סיבת ביקור: מעקב הריון
תלונות: בת 36 נ+5 בריאה
תרופות/ רגישות/ ניתוחים/ עישון/ משפחה- אמל.
מחזורים סדירים ללא בעיות גניקולוגיות ידועות
G8P5 שבוע 10
לידות נרתיקיות 2600-3200, 2 הפלות מוקדמות ללא גרידות.
ב. 30.9 תאונת דרכים
כעת שבוע 9
מבקשת סוּכר כי אין תורים
נטילת חומצ הפולית
סקר גנטי לא השלימו חומלץ והוסבר סקר גנטי רחב שאינו בסל.

נוסחת המחזור: 5 28/

ת.ז.אחרונה: 22/08/2023

בדיקה גופנית: מינוחמה במצב כללי טוב
בטן רכה לא רגישה
בסוגר בתוך הרחם עובר עם דופק תואם 9+0 שחלות תקימות משמאל גופיף צהוב



ממצאים ותוכנית אבחנתית

קוד	אפיון	אבחנה
V22	9.0Weeks	PREGNANCY

דין/תוכנית טיפולית: הריון צעיר

תמשיך חומצה פולית
סקר גנטי דרך אחות גנטית
בדיקות דם השבוע באום של 8 שעות מותר מים
שקיפות עורפית 11-13 יום למחרת סקר שלישי ראשון
סקירה מוקדמת 14-16 לאחר מכן תור אלי
חיסון שפעת

הפניות	כרטיס ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה למעבדה	אנדו-הורמון, ביוכימיה, המטולוגיה, קרישה ו- INR, שתן כללי, מיקרוביאלוגיה, סרולוגיה זיהומית, כנף הדם,	H2	הופק
הפניה לבדיקת אולטראסאונד נשים	US .o.a-62037 שקיפות עורפית	H133	הודפס
פעילות	קוד	כמות	
626 אולטראסאונד מיילדות	626	1	
680 בדיקת מיון ראשונית במרכז בריאות האיש	680	1	

- 38 -

הדפסת קבלה - ש.ל.ה.

החץ למטה מלוח
כללית
 רפואה מעולה

תאריך חשבונית: 06/11/23
 תאריך ההחזרה: 06/11/23
 תאריך הקבלה: 06/11/23
 תאריך הדפסה: 06/11/23
 שעת הדפסה: 13:56
 מספר תעודה:
 RC239662012870

לכבוד:
 ברזילי אושרה
 חיד"א 12/12
 בני ברק 5137079
 dip,mt=RC239662012870_300587284_1

קבלה/חשבונית עסקה RC239662012870 - מקור

מזומן		מספר שורה
סכום לתשלום	139.00 ש"ח	1
שולם במזומן תקבולים אחרים סה"כ תקבולים	139.00 0.00 139.00 ש"ח	מס. לקוח: 300587284

הופק באמצעות Priority @ - פיראטי סופטוור בע"מ

חשוי עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבוטחי פלטינום יעלה ל-34 ₪



חתימת לקוח

חתימת לקוח/אפוטרופוס:

ש.ל.ה - שירותי רפואה
 מקצועית כללית

06/11/2023

הודפס בתאריך: 04/12/2023 15:30

הודפס ע"י: סיגלית שפינר

רישום מתאריך: 04/12/2023 14:50:03

גיל מטופל: 36.11

תאריך ביקור: 04/12/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סוג טיפול

סוג טיפול

שיאצו

משוב מטופל: שבוע 15, כאבים בצוואר וגב תחתון

תלונה עיקרית

מצב רוח

תפקוד

עוצמת הכאב

קוד

איפיון

אבחנה

BACKACHE

7245

תיאור הטיפול

תיאור טיפול

עבודה עדינה על נקודות משחררות

האם חש בטוב לאחר הטיפול: כן

פרטי עדכון

תאריך רישום: 04/12/2023

שם המטפל: סיגלית שפינר

שם מרפאה: רמת גן רפואה משלימה

קוד מרפאה: 7764

קוד מחוז: 04

מקצוע: 126

תאור מקצוע: מטפל ברפואה משלימה



הדפסת קבלה - ש.ל.ה

תאריך חשבונית: 04/12/23
 תאריך ההחזרה: 04/12/23
 תאריך הקבלה: 04/12/23
 תאריך הדפסה: 04/12/23
 שעת הדפסה: 14:42
 מספר תעודה:
 RC239662014046

מחלקת שירותי רמת גן
 רח' שילה 1
 טל. 03 6702119
 03-6791222
 כללית - רפואה משלימה

לכבוד:
 ברזילי אושרה
 חיד"א 12/12
 בני ברק 5137079

dip.m=RC239662014046_300587284

הופק באמצעות סיסטם @ - פרויט סופטוור בע"מ

קבלה/חשבונית עסקה RC239662014046 - מקור

מזומן		מספר שורה
סכום לתשלום		1
139.00 ש"ח		
שולם במזומן	139.00	
תקבולים אחרים	0.00	
סה"כ תקבולים	139.00 ש"ח	

מס. לקוח: 300587284

חסי עסקי

שימו לב, החל מיום 1.1.23 ובהתאם לתקנון המושלם, מחיר טיפול שיניים משמר למבוטחי פליטום יעלה ל-34 ₪



חתימת לקוח

חתימת לקוח/אפוטרופוס:

25/02/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל		00-30058728-4		מס זהות		גיל		נ		22/12/1986		צבי	
ברזילי אושרה		שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		נ		22/12/1986		צבי	
בני ברק		חידא		12 / 12		מס בית		טלפון		54 -9428108		שם האב	
ישוב		רחוב		מס בית		טלפון		טלפון		54 -9428108		טלפון נוסף	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230520251 מספר זיהוי הפניה: 32248005091

תאריך הפניה: 19/10/2023

ת. תאונה: 30/09/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 36093

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אייל הלר

מרפאה: ד"ר הלר אייל פ"ת

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
מרכז		acute	caevicalgia

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
מרכז	9223	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

תאריך תחילת טיפול: 24/10/2023

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 9

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	תרגול כללי
9	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
1	הערכה מחדש- בדיקה

סיבת הפסקת טיפול: 09-על פי דרישת המטופל

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	מרכז	8	
צוואר	מרכז	8	

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: החמרה במצבה, כאבי גב וצוואר חזקים בשבוע האחרון. היתה במיון ושחררה. F כתפיים מגיעה עד 100 מעלות מוגבל בגלל כאב. טווח רוטציה צוואר 75% לשמאל, 90% לימין עדיין כאב משמעותי בסופי טווחים הגבלה בתנועות גב לכל הכוונים

בשלב זה מבקשת להפסיק את הטיפולים בעקבות החמרת הכאבים. חושבת שההחמרה בעקבות גדילת ההריון והעומס הגדל על הגב והצוואר.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 21/02/2024
 04/02/2024
 21/01/2024
 26/12/2023
 11/12/2023
 14/11/2023
 07/11/2023
 31/10/2023
 24/10/2023

עובל שפסה

שם מטפל



מ.ר. עובל גלאור
 10-10-10
 פזיותרפיסטית מוסמכת
 מכון פזיותרפיה רלוואנט

חתימה וחותמת

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
מרפאה: 1163 מרפאת בלומנטל פיזיותר

תאריך: 04/02/24
שעה : 16:33

מקור

קבלה: 00034826

מספר תיק: 589906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0030058728 ברזילי אושרה

פירוט תקבולים: שירותים רפואיים

קוד	תאור	תאריך ביקור	לתשלום
101	פיזיותרפיה	04/02/24	37.00

סה"כ לתשלום: 37.00

סה"כ שולם במזומן 37.00

סה"כ שולם: 37.00

קופאי: 150575 - 8 בראון טלי



תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה

להתחשבות עתידי

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

תאריך: 07/04/2024

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ברזילי אושרה	מס זהות:	00300587284	גיל:	37.03	מין:	ג
ת.לדה:	22/12/1986	ישוב:	בני ברק	רחוב:	חידא	טלפון נוסף:	54-9428108	
מס בית:	12 / 12	טלפון:	54-9428108					

משקל: 60 kg גובה: 170 cm לחץ דם: 121 / 73 B.P מעטן מעולם לא bmi 20.76

אבחנה-מצב בריאותי

רגישות / לא תופעות לוואי

Sensitivities to Drugs

המטופל	לא ידע
--------	--------

הערות: ללא מחלות רקע, לא נוטלת תרופות

נחתם דיגיטלית

84922

ד"ר מרינה מקוגון

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל /או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.
קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שברשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופסו/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות



דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

07/04/2024

הודפס ע"י ד"ר מרינה מקוגון

00300587284

ברזילי אושרה

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה
 מרפאה : 3226 קרית הרצוג
 צבי הרלינג 6 בני ברק 03-6155200
 תאריך : 21/11/24
 שעה : 18:09

קבלה : 01130272 / 1

מקור

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות מספר תיק : 589906114

לכבוד : 0030058728 ברזילי אושרה

קוד	פירוט גביה	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי מכון פרטי		21/11/24	39.00
	מכון : 7812-ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ			
	שירות : 78201 צילום צלעות, עד שני מבטים			
	קבוצה : 7 הדמיה			
	סה"כ לטופס :			39.00
	סה"כ שולם במזומן			39.00
	סה"כ שולם :			39.00



קופאי : 322843 - 8 עמר רחלי

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
 מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
 ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפא
 לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
 נא לשמור על הקבלה
 להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות



מספר רשיון 84922
טלפון 03-5777200
פקס 03-5777201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר מרינה מקוגון
תחום רפואת משפחה
כתובת רבי עקיבא 83 - בני ברק
מראה בני ברק אזורית

תאריך: 27/04/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ברדילי אושרה	מס זהות:	00300587284	גיל:	38.04	מין:	נ
ת.לידה:	22/12/1986	ישוב:	בני ברק	רחוב:	חידא	טלפון מס':	54-9428108	
מס בית:	12 / 12	טלפון:	54-9428108					

מספר הפניה ישירה: 33033068102

גורם שולח



מספר הפניה



תז נבדק



מספר רשיון



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה גבי	10304015	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT בטן עליונה	10704078	שירות רפואי

המטופל מתלונן על מזה מספר ימים כאבים חזקים בגב ובטן 30/09/23 עברה תאונת דרכים בזמן הריון. לא עברה צילומים אז נבדקה במיון גינקולוגי ואורתופדי - מעייני הישועה. התלוננה על כאבים בעמוד שדרה צווארי ומותני, כמו גם בע"ש גבי ללא מחלות רקע משמעותיות לא קיימת רגישות לתרופות.

סימנים חיוניים: גובה 168, נמדד ב: 03/12/2024, משקל 63.4, נמדד ב: 03/12/2024, BMI 22.46
לחץ דם 110 / 77, נמדד ב: 03/11/2024
דופק 62, נמדד ב: 03/11/2024

23/11/2023 מתאריך: 118.19 eGFR

ממצאים עיקריים: רגישות ניכרת בגב ובטן ימין עליונה רגישות קלה בבטן עליונה

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7245	BACKACHE
7890	ABDOMINAL PAIN

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
07/04/2024	01/01/2012		MEDIAL MENISCUS TEAR

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה לדימות

27/04/2025

הודפס ע"י ד"ר מרינה מקוגון

00300587284

רדילי אושרה

נחתם דיגיטלית

84922

ד"ר מרינה מקוגון

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 29/04/2025 12:06

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: ברזילי אושרה
מס זהות: 00300587284	ת.לידה: 22/12/1986
גיל: 38.04 מין: נ	מס בית: 12 / 12
רחוב: חידא	ישוב: בני ברק
טלפון נוסף: 54-9428108	טלפון: 54-9428108

מספר הפניה: 33033068332

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084922	0300587284	033033068332	3033

לכבוד: מוקד טרם
נא לבצע צילום חזה ובדיקות דם

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70114	K3277	ביקור במוקדי רפואה דחופה - גביה בסופ"ש וחגים	70114

אבחנה משוערת:

קוד	אפיון	אבחנה
A03		FEVER
7862		COUGH

הערות: מזה מספר ימים כאבים בגב ובטן.
ב-30/09/23 עברה תאונה דרכים בזמן הריון. לא עברה צילומים. -
אז נבדקה במיון גינקולוגי ואורתופדי - מעייני הישועה.
התלוננה על כאבים בעמוד שדרה צווארי ומותני, כמו גם בע"ש גבי
ללא מחלות רקע משמעותיות
לא קיימת רגישות לתרופות.

סימנים חיוניים:	גובה	03/12/2024	168	משקל	63.4	bmi	03/12/2024	22.46
	לחץ דם	03/11/2024	110 / 77					
	דופק	03/11/2024	62					

23/11/2023 מתאריך 118.19 eGFR

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 27/04/2025:
רגישות ניכרת בגב ובטן ימין עליונה
רגישות קלה בבטן עליונה
29/04/2025

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
07/04/2024	01/01/2012		MEDIAL MENISCUS TEAR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

ס.ה.ה. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

29/04/2025

הודפס ע"י ד"ר מרינה מקוגון 00300587284

הפניה כללית

ברזילי אושרה

שמות	א. המנה	כמות	הרפוא
2 מיליט	SEBOSEL SUS 2.5% BOT 100ML 2.5% 1		
1 טיפות	COLECALCIFEROL DRP 2000U 10ML 2000U 4		
1 טבליט	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB 1		
ד"ר מרינה מקונן	84922	"נחתם דיגיטלית"	
שם הרופא	מספר רשיון	החתימה והותמת הרופא	

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעליה.



ס.ה.ר.	1
הפניה כללית	מסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
ברדילי אושרה	00300587284
	הודפס ע"י ד"ר מרינה מקונן
	29/04/2025
	דף 2

טיות, המוסרו שלא כדון עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת

התימת והותמונו רופא

יזת, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

Name:

Sample ID: 1253497

MR Number:

Department:

Bed No.:

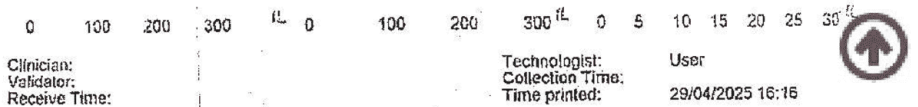
Mode: Whole blood

Gender: Unknown

Age:

Time: 29/04/2025 15:16

Analysis Modules	Result	Unit	Ref. range
WBC	4.6	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0
Lymph#	1.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.8 - 4.0
Mid#	R 0.7	$10^3/\mu\text{L}$	0.1 - 1.5
Gran#	R 2.8	$10^3/\mu\text{L}$	2.0 - 7.0
Lymph%	23.3	%	20.0 - 40.0
Mid%	R 14.9	%	3.0 - 15.0
Gran%	R 61.8	%	50.0 - 70.0
RBC	L 3.47	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HGB	L 10.2	g/dL	11.0 - 16.0
HCT	L 30.1	%	37.0 - 54.0
MCV	86.6	fL	80.0 - 100.0
MCH	29.4	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.9	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	13.7	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	44.5	fL	35.0 - 56.0
PLT	143	$10^3/\mu\text{L}$	100 - 300
MPV	10.4	fL	6.5 - 12.0
PDW	16.0	%	9.0 - 17.0
PCT	0.149	%	0.108 - 0.282
P-LCC	58	$10^9/\text{L}$	30 - 90
P-LCR	39.1	%	11.0 - 45.0



Clinician:
Validator:
Receive Time:

Technologist:
Collection Time:
Time printed: 29/04/2025 16:16

Comments:

【This result can only be applied to the sample of which it is produced】

1 / 1

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת

מידע, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תאריך ביקור 15:17 29/04/2025	ביקור מס': 1253497	גליין שחרור Discharge Chart	תיק מס': 618176	תלונה: שיעול
---------------------------------	-----------------------	--------------------------------	--------------------	-----------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

שם: אשרה יצחק תז: 300587284	תודה רבה למרנה מקוגן על הפנייה זו לטרם קופה: כללית
--	--

סיכום הביקור:

Contact Info טל נייד: 0549428108 אימייל: אין Diagnosis URI nonspecific Pulse: 81, TempC: 36.7 PO, O2sat: 100, BP: 112/74 (other vitals may be on scanned chart) Date Of Birth: 22/12/1986 Age: 38 years 4 months	פרטי קשר אבחנה הסטוריה / אנמנזה רפואית: 38 בת פנתה בשל חום מלינה על חום מזה 4 ימים, שיעול, כאבי בטן, כאבים במתניים, ללא תלונות אורינויות, ללא תלונות נוספות. בדיקה גופנית: במצב כללי טוב ללא מצוקה נשמית מדדים חיוניים- ל"ד 112/74, דופק 81, סטורציה 100% בא"ח, ללא חום ריאתי, כפיסת אוויר טובה ושווה דו"צ לב סדירים לא נשמעו אוושות בטן רכה לא רגישה, ללא סימני גירוי צפק, רביאונד שלילי רגישות מעל המתניים דו"צ מהלך ודין: בוצע- ספירה- הימנוגבלין 10.2, ללא ליקוציטוזיס הוסבר למוטפלת לחזור על ספירת דם במדיה זה עדיין ירוד לקבל טיפול בהתאם GPT 24 TBIL 0.4 קריאטינין 0.54, GOT 25, עמילאז 59, GGT 22 שתי- ליקוציטים עד 25, חלבון 25, ללא גירטיטים, ERY 250 צ"ח- ללא עדות לתסנין או הצללות, פענוח רשמי תוך 48 שעות משוחררת הביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות: מעקב רופא מטפל משככי כאבים במידת הצורך בכל החמרה נא לפנות לרופא זמין רפואה שלמה! יש לעיין גם בגליין הביקור הסרוק בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסקרו בתיק) צילומים שבוצעו: חזה <<< פענוח רדיולוג: לא הודגם תסנין אלבאולרי. חתום על ידי דר. ליאור פורת בתאריך 17:10 29/04/2025 יתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובות פענוח הרדיולוג ב- www.terem.com ש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום. פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי): * CBC: WBC: 4.6, gran: 2.8(61%), lymf: 1.1(24%), mid: 0.7(15%), HGB: 10.2, MCV: 86.6, PLT: 143, HCT: 30.1, RBC: 3.47, MPV: 10.4, MCHC: 33.9, TRBC: 0, TWBC: 0, RDWR: 13.7 * Glucose: 96 29/04/2025 16:28 * B-HCG: NEGATIVE 29/04/2025 17:10 Special instructions and recommendations on discharge הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור ובכן כי אתה סובל מדלקת בדרכי הנשימה העליונות, המכונה - הצטננות.
---	---

רוב מקרי ההצטננות עוברים תוך 10 ימים.
באפשרותך לסייע בהקלת התסמינים המלווים את המחלה בדרכים הבאות:
מנוחה והקפדה על שתיה מרובה.
גרגור של מי מלח או שימוש בכדורי מציצה לצורך הרגעת הכאבים בגרון.
אכילת צלחת מרק חמה יכולה לעזור בשחרור הגודש באף על ידי דילול ההפרשות.

יש לפנות לרופא המטפל בקופת חולים במקרים הבאים:

- תסמיני הצינון אינם חולפים תוך שבועיים
- התסמינים מחמירים.

עליך לחזור למרפאת טרם במקרים הבאים:

- אינך מסוגל לשתות
- מתפתח חום הגבוה מ 38 מעלות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 1 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. ראיף חמוד מ.ר. 181410

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע'י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



תאריך 19/05/2025

דף 1 מתוך 1

תוצאות בדיקות מעבדה עבור נבדק

1 300587284

אפשרה ברזילי

05/05/2025	תאריך בדיקה:	CREATININE	0.72	תוצאה:	0.51	ערך תחתון:	בדיקה:	mg/dL	יחידת מידה:
0.95	ערך עליון:								
05/05/2025	תאריך בדיקה:	UREA	23.50	תוצאה:	17.00	ערך תחתון:	בדיקה:	mg/dL	יחידת מידה:
43.00	ערך עליון:								
05/05/2025	תאריך בדיקה:	GLUCOSE	82	תוצאה:	70	ערך תחתון:	בדיקה:	mg/dL	יחידת מידה:
100	ערך עליון:								

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת פרטיות - המוסדו שלא כדון עובר עבירה

תאריך: 23/07/2025

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי: ברזילי אושרה	
מס זהות: 00300587284	גיל: 38.07 מין: נ	ת.לידה: 22/12/1986	ישוב: בני ברק
רחוב: חידא	טלפון מספר: 54-9428108	טלפון: 54-9428108	מס בית: 12 / 12

תאריך תאונה: 30/09/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: **35757084919**

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757084919

תז נבדק



0300587284

מספר רשיון



031963

לכבוד: מכון פיזיותרפיה **PHYSIOTHERAPY**

בירור וקבעית תור בטל 2700*

במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגיים - יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיה

פיזיותרפיה - אלטרנטיבית במסגרת רפואה משלימה כולל דיקור, רפלקסולוגיה, שיאצו

שירות שנבחר

שירות רפואי

80015

תיאור רפואי

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול

קוד שירות קוד משה"ב

80015

LOW BACK PAIN

עכבנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/07/2023

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/07/2020

כפות רגלים שטוחות קריסת הקשת האורכית שמאל יותר

להתאמת מדרסים

31/07/2023

הולכת שנים עם מדרסים שעוזרים מאוד לכאבי רגליים אך התבלו-נשלחה

לטיפול בעזרת מידרסים

23/07/2025

מזה שנתיים כאב גב מתני לאחר ת"ד 30.9.23

עדיין כאב בפעילות ובליילה. נבדקה במיון לפני מספר ימים

CT- בלט דיסק קל L45

המלצה-נשלחה לפיזיותרפיה

התעמלות; תרגילי חיזוק שרירי; פיזיותרפיה (חתימה:גב)

טיפול בויט D כל יום 2000 יח' בי"ל

במידה ללא הטבה הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל

זיהום)

תולדות עבר

מ.סיום

07/04/2024

מ.גילוי

01/01/2012

איפיון

בעיה

MEDIAL MENISCUS TEAR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל

תגובה

נמסר ע"י

המטופל

לא יודע

תרופות קבועות

ביום

בשבוע

פעמים

א. הגשה

כמות

תרופות

FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF 1

1 טבליט

SEBOSEL SUS 2.5% BOT 100ML 2.5% 1

2 מיליליט

ה.ה.ר 7

הפניה לפיזיותרפיה

ברזילי אושרה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

23/07/2025

00300587284 ריפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ב...

COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU 4

1 טיפות

ביום

PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB 1

1 טבליות

ביום

בדיקה גופנית מתאריך 31/07/2023:

ממצאים קליניים

FLAT FOOT

יש קשת בעת עמידה על קצות האצבעות

תנועה סובטלרית שופרט תקינה

23/07/2025

בדיקת ע"ש מתני -לסג-

ללא חוסר נירוסקולרי או מוטורי

תנועת מפרקים חופשית

FABER -הומן שלילי

אורך רגליים שווה לפי AMD

מטרת הבדיקה: סוג טיפול לפי שיקולכם

כולל התעמלות מים או הידרותרפיה במסגרת "כללית מושלם"

או עזר מציון/עזרה למרפא טל 03-5777021

הטיפול איננו בסל "כללית"

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

נחתם דיגיטלית

31963

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

החתימה

7 ה.ה.ר

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

23/07/2025

ודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

ברזילי אושרה



מספר רשיון 31963
טלפון 03-6717800
מחוז מרכז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר ויאצ'סלב לשינר
תחום אורטופדיה
כתובת עזרא 11, בני ברק
מרפאה: עזרא - בני ברק

מספר תיק: 589906114

תאריך: 23/07/2025 08:30

אישור

ת.ז: 000300587284

סך של: 30 ₪

אמצעי תשלום: הוראה לחיוב חשבון

החשבון שלך יחויב בסכום הנ"ל

חתימה וחותמת הרופא

אישור: 027795 - 5757

לכבוד: ברזילי אושרה

עבור ביקור ראשון בתקופה במרפאה העצמאית

נא לשמור את הקבלה להתחשבנות עתידית



נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים - תובעת 1

(עמודים 62 עד 62)



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

עדן ברזילי (קטינה) באמצעות הוריה - נ ג ד - ליברה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, עדן ברזילי, באמצעות אפוטרופסיה הטבעיים, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום הפסיכיאטריה לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שניידר, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו 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, עו"ד
ב"כ התובעים



נספח 5 :

בקשה למינוי מומחים- תובעת 3

(עמודים 64 עד 64)



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

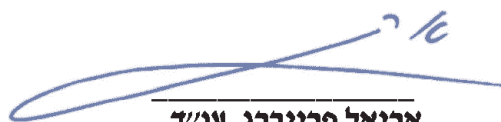
אושרה ברזילי - נ ג ד - ליברה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, אושרה ברזילי, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי ו בתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים "מעייני הישועה", במוקד טרם לרפואה דחופה ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו 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 פריברג, עו"ד
ב"כ התובעת



נספח 6 :

יפוי כח ווסר- תובעת 1

(עמודים 66 עד 67)



יפוי כח

אני הח"מ, שמעון נאשרה מרזלי הויי הקל'נה ערן

ת.ז. ח.פ. מס' 300587284 מרחוב מ' 3 ל 12 זני זיק

055087664

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הסיועיים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של כא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בזמ"ש ושכר טרחת עו"ד. לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות הכותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלקן מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, למטרים 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 בהזדקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 7 שנה 2025

חתימה: שמעון נאשרה מרזלי x עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
גרינ	דן	233278423	שלמה
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
ח' 26	12	ש. 27	054 94

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

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

הנני נוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אכ כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו המרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מטעם 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 קופי"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופי"ח קודמות: _____

במקרה של קטין: שם האם אלורה ת.י. 300587384 שם האב שלמה ופ. 053087664

תאריך: 27/2/15 עד לחתימה נחתם עדי ארנאל פרינדרג חתימה: שלמה גרינ
במקרה של קטין: חתימת האמורטורוס: מס' רשיון: 62254

שלמה גרינ

נספח 7 :

יפוי כח ווסר- תובעת 3

(עמודים 69 עד 70)



יפוי כח

אלושה מרצ'ל

ת.ז.ח.פ. מס' 300587284, מרחוב ח'מ'צ'ה 12 ז'ני ז'יך

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
 בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי
 ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו בדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למותן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שלא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנהוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בתעדיר.
11. 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.

חמילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 07 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
 מסי רשיון: 62254

חתימה: X אלושה מרצ'ל

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

שורד-דין

טופס בקשת מידע רפואי וזיתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התחום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה זרניץ	שם פרטי אלסרה	תעודת זהות 300587284	שם האב 0549478108
רחוב חמיץ א	מס' 12	עיר תל אביב	מיקוד 0549478108

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הכטחון 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 הבריאותו 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 ובתנאי להם בזאת נותן 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 אף 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 כסחיו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והוא 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:

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

1.	2.	3.	4.
1.	2.	3.	4.

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: **27/7/05** עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
עו"ד אריאל פריד
מס' רשיון: 62254