

ת.א. 79167-11-25
בפני כב' הש' הבכיר ס"נ דב גוטליב

בבית משפט השלום
בראשון לציון
 תאריך חתימת המסמך: 22.3.26

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

כתב תביעה מתוקן

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, תמונות מזירת האירוע ותוצאות שאילתא מאתר קרנית, 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 ולהם 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. תוריה 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 בהתפתות 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 חרה, 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, גנת 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 מכושף השתכרות 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

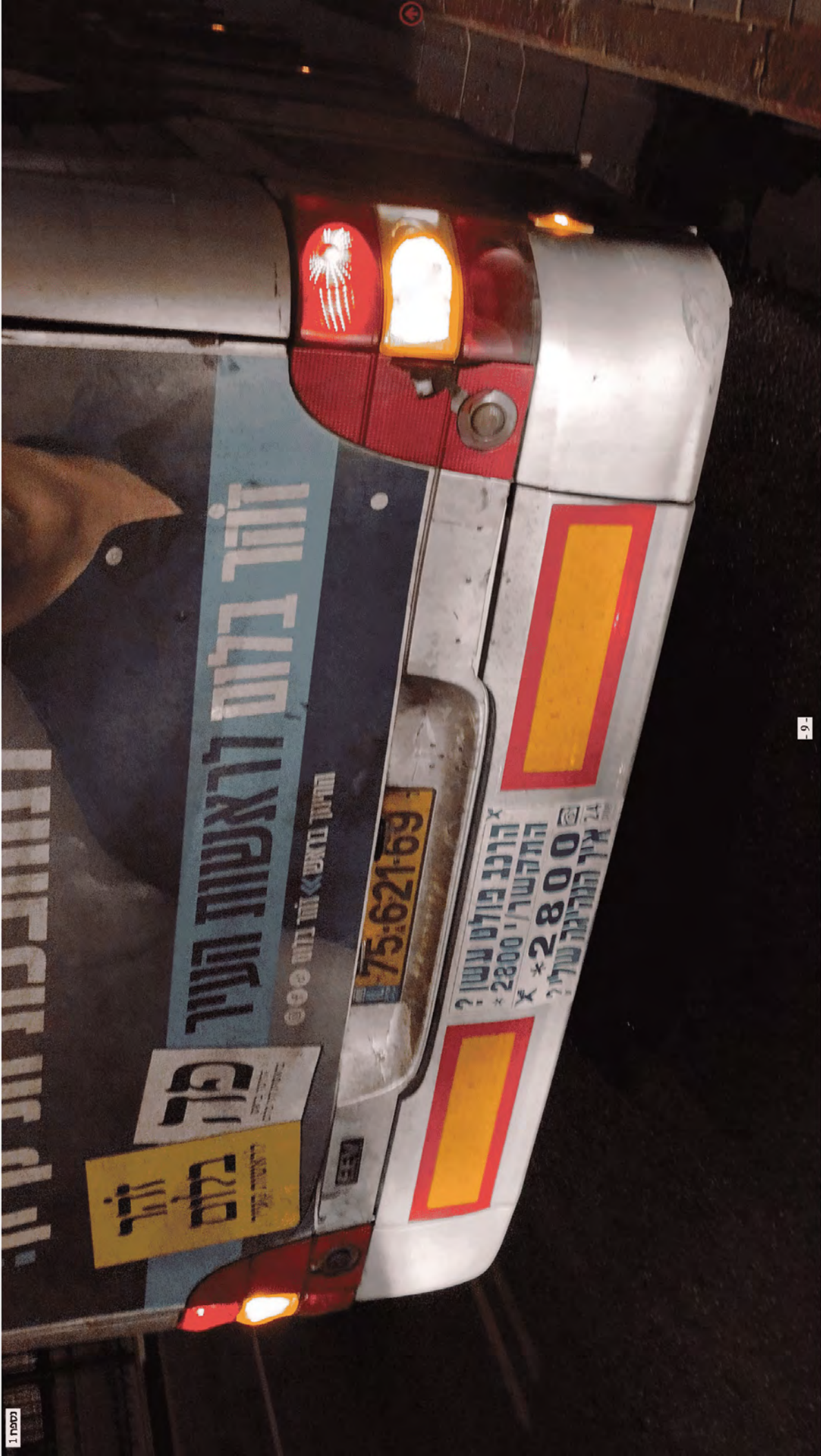


נספח 1 :

קבלה בגין נסיעה ותמונות האוטובוס

(עמודים 9 עד 15)









לבי
מדינת
כנסת

EURO 5

TUNING

ד"ר בנימין - משמרת בוקר

תאריך ושעה: 30/09/2023 23:20

שם הנדה: חסיה עלאלדאן

תעודת זהות: 64310***

מס' רכב: 8242584

מס' תכונה: 2963

גרסאות תכונה: 5.9.8.0

מס' משמרת תכונה: זכא

מספר משמרת נהג: 0

זמן פתיחת משמרת: 30/09/2023 19:56:35

אסמא: צווחת וזקוקת ראש העיר

קו נוכח: 37

חלופה נוכח: 0

קולט: נוכח וזקוק

קוד משמרת אקראי: 687

מס' כרטיס ראשון: 58833

מס' תשלום: 0.00

מס' כרטיס: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' כרטיס ראשון: 0

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

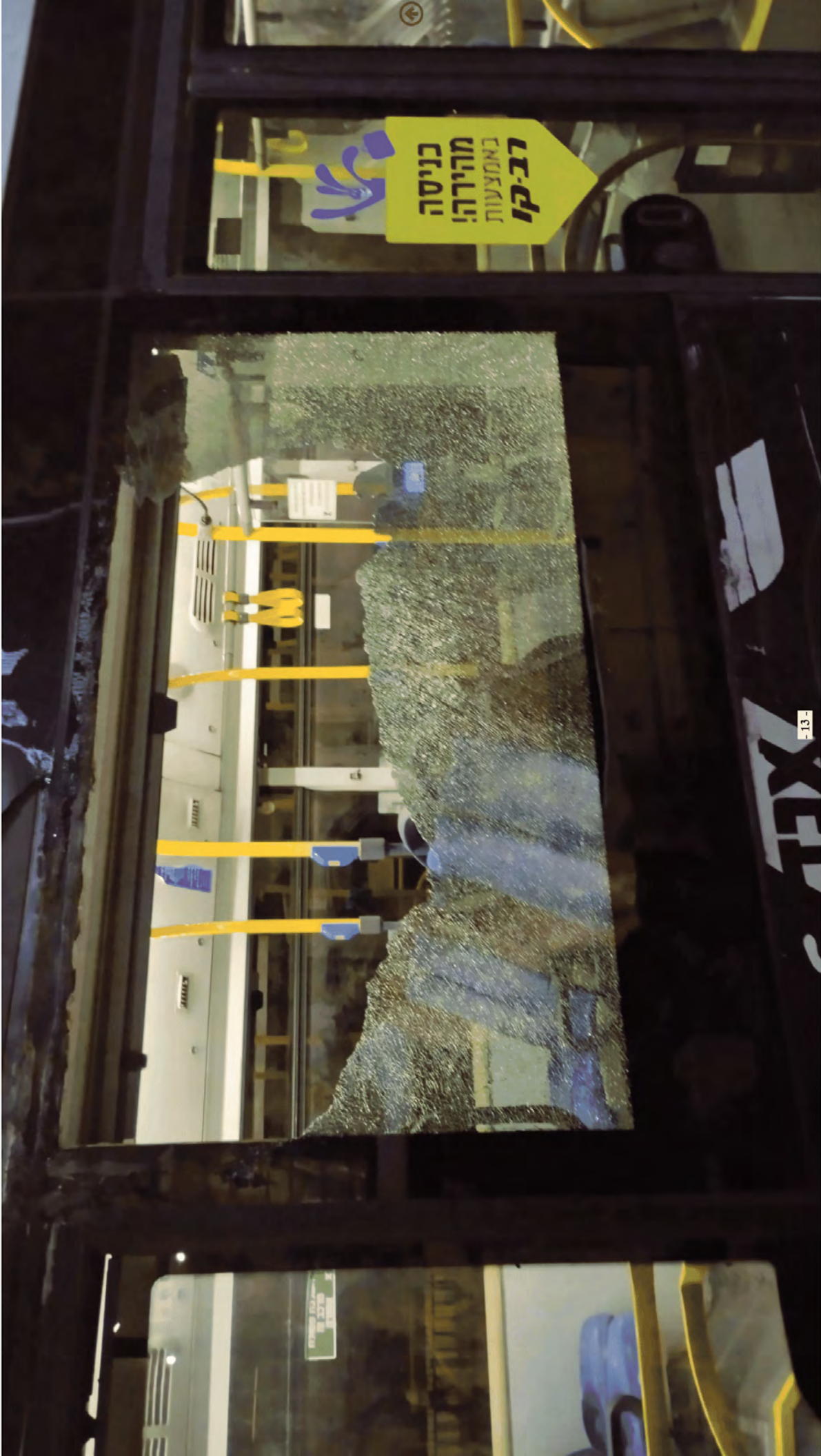
מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00

מס' תשלום: 0.00



לב-קו
במסעדות
מהירה!
כניסה



רב-קו
במחצית
מהירכה
כניסה

-14-



-15-

נספח 2 :

תיעוד רפואי- תובעת 1

(עמודים 17 עד 23)



כללית

מרכז שניידר לרפואת ילדים



מרכז שניידר לרפואת ילדים (ישראל)
 מרכז שניידר לרפואת ילדים (ישראל)
 Schneider Children's Medical Center of Israel

מכתב שחרור 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
 מנהל: דר' ברנט חן מ.ר. 36520:
 אח/אחות אחראיים: אילנית פוזננסקי
 מס' קבלה למחלקה: 2517839301
 טלפון: 03-9253656
 פקס: 03-9210653

שם משפחה:	ברזילי	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:		מחלה:	
מחלה:		מחלה:	
גורם מממן:	דן, פתח-תקוה	שם האב:	שמעון

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 עיזבי. שני אוטובוסים התחכנו זה בזה, נשברו זגוגיות, האוטובוס בה נסעה סטה ממסלולו למדרכה.
 נחבלה 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

מדידים בקבלה

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
01/10/2023	00:15	מדידים		
			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 בישראל
מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
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

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

מדדים

תאריך ושעה	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: חיונית וערנית, מניעה 4 גפיים בחופשיות ובסימטריות, אישונים שווים עגולים צהובים לאור, המטומה מצויה ת קטנה - קוטר 3 ס"מ, לא נמשה מדרגה בעצם

סיכום

גרשם 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
-בכל 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

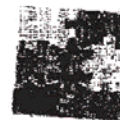
נחתם ע"י דר' גוטמן עילית מ.ר. 1141407

מסמכים מלווים

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



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:	ברדילי	תאריך לידה:	07/02/2021	מחלקה לרפואה דחופה ילדים
שם פרטי:	עדן	ת. זהות:	23327842-3	מנהל/ת ד"ר ברנט רון מ.ר. 36620:
סוג דם:	שם האב:	שם העון		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

ANXIETY STATE	3000
INJURIES	080

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
ת.לידה:	07/02/2021	ישוב:	בני ברק	רחוב:	פדרמן דוזה	
מס בית:	9 / 16	טלפון:	54- 9428108	טלפון נוסף:	52- 4668848	

30/09/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35074018754

מספר הפניה:

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 להתיעצות בשל

תלונות 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

להץ דם 123 / 70 01/05/2023



23/07/2023 מתאריך 198.61 eGFR

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 וחתימת 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

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5074



035074018755



0233278423



028832

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת:

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

תלונות: 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

eGFR 198.61 מתאריך 23/07/2023

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 דוזה	טלפון נוסף:	52-4668848	
מס בית:	9 / 16	טלפון:	54-9428108					

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	אבחנה
313	EMOTIONAL DISTURBANCE CHILDHOOD

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

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

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

1 ה.ה.

הפניה לרפואה יועצת

ברזילי עדן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

21/01/2025

הודפס ע"י ד"ר ליאורה מישנה

00233278423

נספח 3 :

תיעוד רפואי- תובעת 3

(עמודים 25 עד 60)



הופק ע"י דר' 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, 70: 03-5771111

מיון גניקולוגי

מנהל אגף נשים וילדות פרופ' מבי אריאל מ.ר. 21575
מנהל המערך לכירורגיה גניקולוגית: ד"ר עוד הלל גביש מ.ר. 37622
מנהל יחידה: דר' 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 מממן:	משימה
נחובת:	פדרמן 9 בני ברק	טלפון:	054-9428108	סוג דם:	כללית
ארץ לידה:	ישראל	גורם מפכה:	תאונת דרכים	estbl	+A

סוג דם

סוג דם

A+

מקור מידע

תוצאות מעבדה ממשיק

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 ותחתונה, 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 8, קיבלה ציטוסק

ה.ג. - 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 עוברי 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

אלסהוי: 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	עצמני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2011	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3249	חי
2	עצמני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2012	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3118	חי
3	עצמני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2014	39	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	נקבה	2375	חי
4	עצמני	הפלה טבעית מוקדמת	2015	6					
5	עצמני	לידה וג'מאלית ספונטנית	2016	41	1	לידה וג'מאלית ספונטנית	זכר	3000	חי

חישוב גיל הריון

גיל הריון: (לוחארץ 01/10/2023) 6+5 (לפי וסת), תואריך וסת אחרונה: 15/08/2023

הריון עצמני, מספר עוברים: 1

מדדים

תואריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
01/10/2023	18:38	מדדים		
			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.

מוצע 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 תאטר או בדואר ישראל או בהגשה בסניף המוסד לביטוח לאומי.

2. אם במהלך הברז 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 נרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים

ברדילי אושרה 300587284

ד"ר מריה שבייקובסקי
אגף נשים ויולדות
מ.ר. 141319
מרכז רפואי מעגני דנישווה

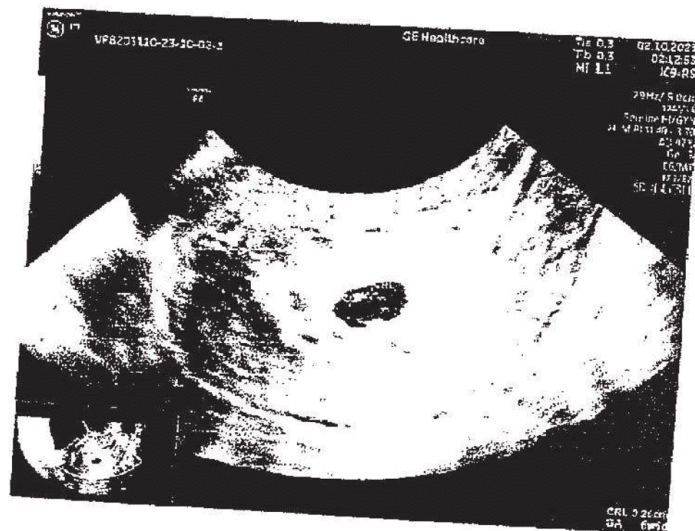
חתימה:

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

גברת נכבדה
עליך ליטול חומצה פולית למניעת מומים בעובר בכל תקופות 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 / לא את תוכנו / לא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם / לאו גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מעוזה עבירה.





p.6

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

157

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

פרטי הביקור

36.09 גיל:

תאריך ביקור: 05/10/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

גורם מפנה: פניה עצמית

סיבת ביקור: מיון

תלונות: נ.א., 21.08

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

ממצאים ותוכנית אבחונתית

	N=108	N=94	n=7
PREGNANCY	1		V22

P	M	K	N	OP	סדר מס' ספ'	חומר	השמה	מנה	תאריך
W	1	r	N	ארזיה	D 30	1	TAB	1	FOLIC ACID TAB 400MCG 400MCG
W	1	r	N	ארזיה	D 30	1	CPL	1	PRENATAL FEMINA 9MONTH(ALT)30 CF

מספר	שם
1	680 בדיקת מיון ראשונית במרכז בריאות האיש

סיכום

לא הוגדרה שליחת סיכום אוטומטית

פּוֹרְטֵי עֵדוּן—

שם מרפאה: מרפאת בני ברק איזורית

קוד מרפאה: 3033

קוד מחוז: 04

תאריך עדכון: 05/10/2023

רופא מעדכן: מרגרט דוד

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
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: 19/10/2023
הריון, שבוע 7, בבדיקה 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 רוטאציות מעט מוגבלות, אין חסר נירוווסקולרי דיסטלי; בגפיים תחתונות או עליונות; תנועות ע"ש גבי טובות, תנועות ע"ש מותני כאובותהליכה בתבנית תקינה אין חסר מוטורי או תחושתני כוח תקין שווה דו"צ תנועות אגן טובות; תנועות פרקי ירכיים מלאות רגישות פרהספינאלית מותנית דו"צ

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

קוד	סטטוס	פניתי 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

הודפס בתאריך: 20/10/2023 09:08
הודפס ע"י: ד"ר מרינה מקוגון
רישום מתאריך: 20/10/2023 08:56:45

דף 1

רישום ביקורים
בדיליטריה: 4-28/28-55-55; גיל: 36.9

גיל המטופל: 36.10

תאריך ביקור: 20/10/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלומות/סיבת הפניה: ב-30.09 תאונת דרכים כנוסעת אוטובוס, נפלה
בהריון שבוע 8

נבדקה במיון - נבדקה במיון גינקולוגי ואורתופדי - מעייני הישועה
מאז סובלת מתסמונים של חרדה, כאבי ראש ועורף, גב
נבדקה ע"י רופא אורתופד אתמול
מלינה על כאבים בעמוד שדרה צווארי ומותני, כמו גם בע"ש גבי
בדיקת רופא אתמול - ללא ממצא חריג

סימנים חיוניים

גובה: 170 נמדד ב: 10/04/2022

משקל: 60 נמדד ב: 03/10/2022

B M I: 20.76

נמדד ב: 04/02/2021

דופק: 76

נמדד ב: 14/11/2021 לחץ דם: 65 / 117

מתאריך: 22

bGFR: 101.32

קוד	אירוע	תאריך
7245	BACKACHE	
E813	ROAD ACCIDENT	
3080	ANXIETY REACTION	

שם	קוד	סל	פ	ט	ס	פ	יחידה	חבשה	מנה
CALMANERVIN BOX OF 30 TAB CF	1	TAB	1	טבליות	30	D	1		
TRAUMEEL S OIN 50GM CF	1	OIN	3	מריחה	14	D	1		
VALERIAN DROPS 10ML TRA CF CF	0	TRA	50	טיפות	30	D	1		
LORIVAN TAB 1MG 20 1MG	1	TAB	1	טבליות	20	D	20		

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת בני ברק איזורית

תאריך עדכון: 20/10/2023

קוד מרפאה: 3033

רופא מעדכן: ד"ר מרינה מקוגון

קוד מחוז: 04

מס רשיון: 84922

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי



013033070348

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

20/10/2023
רשימת תופות לבית מרקחת

כללית

מין: ג 36,10

ברזילי אושרה

מס' זהות: 00300587284

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

מס' זהות: 00300587284

LORIVAN TAB 1MG 20 1MG

111809003

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

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

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

כתובי ריקע

תזונה: רגילה

בדיקה גופנית

בדיקה גופנית: אונליין

דין ותוכנית הטיפול

תוכנית טיפול

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

פרטי עדכון

רופא מעדכן: פאול סופר

תאריך עדכון: 23/10/2023

מס' רשיון: 34257

שם מרפאה: ייעוץ אונליין רפואה משלימה

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

סמון כרטיס z

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

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 סוכר כי אין תורים
נטלת 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

דיון/תוכנית טיפולית: הריון צעיר

תמשיך חומצה פולית
סקר גנטי דרך אחות גנטית
בדיקות דם השבוע בצום 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

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

277

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

סיכום

מבנה סיכומי יעץ

סיכום **מסקנות** **סיכומים**

החלטה **נשלח לרואי ממשל ראשוני אליו משור המטפול** **סיכום ביקור**

הסיכום ישלח אוטומטית
(לא כולל ביקורים במהלך הריון)

-פרטי עדכון-

שם מרפאה: מרכז בריאות האשה קונקורד

תאריך עדכון: 24/10/2023

קוד מרפאת: 3293

רופא מעדכן: ד"ר אביטל ורטהיימר

קוד מתוז: 04

מס רשיון: 123375

לשיח:ש פנימי

542/01/000/03/00

מבנה שירותים של הפניות

מנהל אישור
מסר



הודפס בתאריך: 04/12/2023 15:32
הודפס ע"י: סיגלית שפינר
רישום מתאריך: 06/11/2023 14:02:31

דף 1

ביקור מטפל ברפואה משלימה
ברזילי אושרה; ת.ז.: 4-30058728-00; גיל: 36,11

גיל מטופל: 36.10

תאריך ביקור: 06/11/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

סוג טיפול

סוג טיפול

שיאצו

☒ טיפול ראשון

תלונה מרכזית: בת 36, הריון שישי, שבוע 11, היתה טבעית פעם אחת. תאונה כשהיתה באוטובוס עם ילדיה, מרגישה הגבלה וכאב בצוואר.

תלונה עיקרית

מצב רוח

תפקוד

עוצמת הכאב

קוד

איפיון

אבחנה

BACKACHE

תיאור הטיפול

תיאור טיפול

פירוט

טיפול בזהירות, פתיחת חסימות ונקודות שחרור.

האם חש בטוב לאחר הטיפול: כן

פרטי עדכון



תאריך רישום: 06/11/2023

שם המטפל: סיגלית שפינר

שם מרפאה: קיראון - רפואה משלימה

קוד מרפאה: 7811

קוד מחוז: 04

מקצוע: 126

תאור מקצוע: מטפל ברפואה משלימה

מקצוע: סיגלית שפינר
מקצוע: סיגלית שפינר

הדפסת קבלה - ש.ל.ה.

החץ למטה פירוט

פוליסה
רפואה משלימה

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_

חוקי באתר: © פיריטי סופטוור בע"מ

קבלה/חשבונית עסקה RC239662012870 - מקור

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

חשוי עסקי

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



חתימת לקוח

חתימת לקוח/אפוסטרופוס:

ש.ל.ה - שירותי רפואה
 מקבוצת 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.

המנהל הכללי
כללית
 תשלום

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

מדינת ישראל
 מרמאת שילד רמת גן
 רח' שילה 1
 טל. 03 6792119
 03-6791222
 כללית - רפואה משלימה

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

dip.mt=RC239662014046_300587284

הודעת באמצעות Priority - פירוט סטטוס 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

חסרי 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:

25/02/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל		ברזילי אושרה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ
שם האב	00-30058728-4	37.02	22/12/1986
בני ברק	חידא	12 / 12	54 -9428108
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
טלפון נוסף			

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230520251 מספר זיהוי הפניה: 32248005091
תאריך הפניה: 19/10/2023 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
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	caevicaigia

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

חתימה וחותמת

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



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 עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

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

תודה ולהתראות

סיכום מידע רפואי
תאריך: 07/04/2024

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

משקל: 80 kg גובה: 170 cm לחץ דם: 121 / 73 B.P מעשן: מעולם לא bmi: 20.76

אבחנה-מצב בריאותי

רגישויות /אם תופעות לוואי

Sensitivities to Drugs

המטופל	לא ידע
--------	--------

הערות: ללא מחלות רקע, לא נוטלת תרופות

נחתם דיגיטלית

84922

ד"ר מרינה מקוגון

חתימה וחותמת 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 ואו על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמינות העובדות שברשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופס/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

מספר תיק : 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד : 0030058728 ברזילי אושרה

פירוט גביה :

קוד	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
			39.00
			39.00

סה"כ שולם במזומן

סה"כ שולם :



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 מסר:	54-9428108	טלפון מסר:	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 א.ז. 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	איפיון	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	רחוב: חידא
מס בית: 12 / 12	טלפון נוסף: 54-9428108
טלפון: 54-9428108	

מספר הפניה: 33033068332

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

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

לזנות: מזה מספר ימים כאבים בגב ובטן.
ב30/09/23 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	168	03/12/2024	משקל	63.4	bmi	22.46	03/12/2024
לחץ דם	110 / 77	03/11/2024						
דופק	62	03/11/2024						

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	מגילוי	אפיון	בעיה
07/04/2024	01/01/2012		MEDIAL MENISCUS TEAR

רגישויות וא/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
	לא יודע	המטופל

ס.ה.ר. 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	הרפואה
השבוע	2 מיליליט	SEBOSEL SUS 2.5% BDT 100ML 2.5% 1	
ביום	1 טיפות	COLECAL FEROL DRP 2000U 10ML 2000U 4	
ביום	1 טבליט	PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB 1	
ד"ר מרינה מקונן		84922	"טחתם דיגטלית"
שם הרופא		מספר רשיון	הקלימה וחולמות הרופא

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



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

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת ייות, המוסרו שלא כדון עובר עבירה

#תיק 618176

1253497

#ביקור

29/04/2025

15:17

שעה

חדר	קו"ח כללית	שם	RR	%SaO2	חום
	רומא מפתח/קמפוע	תז 300587284		100%	36.7 PO
	מרינה מקובן	מין נ			
		מיל 38 שנים 4 חדשים			
		בני ברק			
		כעובות: חידא 12			
	שיעור	נייד 0549428108			
		טל בית			

ביקור 1253 497
לחצון ב 15:20:48
תאריך: 29/04/2025
חולה: מרינה
חומר: 284
מטופל: מרינה
קצב: 112/דקה
לחץ: 112/74

BetaHCG
CBC
Bilirubin
AST
GGT
ALT
Amylase
Glucocochek
Creatinine

ה?

15:19:30
אמגד במהל
Allergies: NONE
מחזור אחרי או לידה - פחות מ-4
שבועות
לא רוצה טיפול נגד כאב/חם
חזה
BetaHCG POS NEG
name: time
CBC
name: time
No treatments ordered

URINALYSIS
SG 1.020
pH 6
LEU 25 Leu/u1
NIT neg
PRO 25 mg/dl
GLU neg
KET neg
UBG neg
BIL neg
ERY 250 Ery/u1

URISYS1100
Dev. ID: 16708
29.04.2025 03:07 p.m.
Seq.No: 9
Pat.ID:

2825-04-29 15:54
No. E
ID-1253497
2-1
BPT -PS = 24 U/l
BIL-PS = 0.4 mg/dl
CPE -PS = 0.54 mg/dl
GDT -PS = 26 U/l
AMYL-PS = 59 U/l
UBG -PS = 22 U/l

אבחנה והמלצות שחזור
מצב החולה בשחזור:
מזון / סוב / יציב / החם
מבונה ומעקב בקופ"ח
לבות חולים
סני באמבולנס
הוספה לרוממה

ד"ר חגית רמיר
29/04/2025

במהרה של החמרה
יש לחזור !!
אין
אין מאשר ממספר הטלפון אוי-מיל
מסמך פעיל, חריבס ניתן ליצור את
קצר לאורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכנו לסרב) ושהרשום המסמך שבו
לעיל זמן רפואי בקופה
חתימת חולה:



מסמך זה מכיל מידע מוגן בהרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרם שלא כדון עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן בהרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרם שלא כדון עובר עבירה

יית, המוסרם שלא כדון עובר עבירה

Name:

Sample ID: 1253497

MR Number:

Department:

Bed No.:

Mode: Whole blood

Gender: Unknown

Age:

Time: 29/04/2025 16:16

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

0 100 200 300 fL

0 100 200 300 fL

0 5 10 15 20 25 30 fL

Clinician:
Validator:
Receive Time:Technologist:
Collection Time:
Time printed: 29/04/2025 16:16

User

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, המוסר 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	גיליון שחרור Discharge Chart	תיק מס': 618176	תלונה: שיעול
---------------------------------	-----------------------	---------------------------------	--------------------	-----------------

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

תודה רבה למרינה מקוגן על הפנייה זו ל-טרם קופה: כללית	שם: אושרה יצחק תז: 300587284	הרופא המטפל במרפאת טרם דר. ראף חמוד
---	---------------------------------	--

סיכום הביקור:

Contact Info פרטי קשר טל נייד: 0549428108 אימייל: אין Diagnosis אבחנה 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 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 נשמטית מדדים חיוניים - ל"ד 112/74, דופק 81, סטורציה 100% בא"ח, ללא חום ריאות: כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ לב: ללא סדירים לא נשמעו אוושות בטן: ללא רגישה, ללא סימני גירוי צפק, רביאונד שלילי רגישות מעל המתניים דו"צ מהלך ודין: בוצע - ספירה - הימוגבלין 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 שתן - 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 משכי כאבים במידת הצורך בכל החמרה נא לפנות לרופא זמין רפואה שלמה! יש לעיין גם בגיליון 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 הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור ובכן כי אתה סובל מדלקת בדרכי הנשימה העליונות, המכונה - הצטננות.
---	---

Tests done (results scanned on actual chart)

BetaHCG, CBC, Bilirubin, AST, GGT, ALT, Amylase, Glucocheck, Creatinine, Urinalysis

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.

Procedures & Treatments done at Visit

* 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

אשרה 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 כדיו 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 מסר: 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

80015

LOW BACK PAIN

אבחנה 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-נשלחו 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; פיאלטיס שחיה (חתירה;גב)

טיפול בויט D כל יום 2000 יח' בינ"ל

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

תולדות עבר

בעיה

איפיון

מ.גילוי

מ.סיום

MEDIAL MENISCUS TEAR

01/01/2012

07/04/2024

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל

נמסר ע"י

תגובה

לא יודע

המטופל

תרופות קבועות

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ב.ב

FERRIFOL BOX-OF 30 TAB CF 1

1 טבליות

ביום

SEBOSEL SUS 2.5% BOT 100ML 2.5% 1

2 מיליליט

בשבוע

7 ה.ה.ר

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

ברזילי אושרה

23/07/2025

00300587284 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 גירוסקולרי 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.



א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

א.ה.ר. 7

7 א.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

אישור

הרופא
ד"ר ויאצ'סלב לשינר
מספר רשיון 31963
טלפון 03-6717800
מחוז מרכז
דן-פ"ת

החשבון
סך של: 30 ₪
אמצעי תשלום: הוראה לחיוב חשבון
החשבון שלך יחויב בסכום הנ"ל

חתימה וחותמת הרופא



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

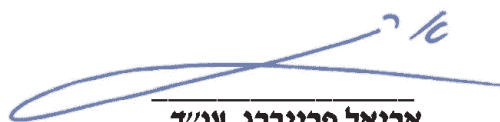
אושרה ברזילי - נ ג ד - ליברה חברה לביטוח בע"מ

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 ואשרה שרעלי הו"י הקל"ה ע"ה

ת.ז. ח.פ. מס' 300587284 מרחוב מ"ל 12 זני זיך 055087664

נמנה 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 ממני 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 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 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 לנפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, למטרים ולמנות אחרים במקומם ולנתק 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 בהתקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 7 שנה 2025

חתימה: שמעון ואשרה שרעלי עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
מזרע	דן	233278423	שלמה
רחוב	מס'	עיר	טלפון
ח' 26	12	ש. זר	054 94

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לעבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסייעודי 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 מיסדיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסייעודי ופותר לרם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן ברבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלים לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו המי מרופאיהם 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, הנושמיא - 1981 ותיא 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 קופת"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

מסי אישי בצה"ל: _____ שם קופת"ח קודמות: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ 300587284 שם האב _____ ת.ז. _____ 053087664

תאריך: 27/2/25 עד לתתימה נתינת _____ ע"י _____ משרד _____
במקרה של קטין: חתימת האפוטרופוס) _____ מס' רשיון: 62254

יחסי

נספח 7 :

יפוי כח ווסר- תובעת 3

(עמודים 69 עד 70)



יפוי כחאני הח"מ, אלעזר זרעלית.ז.ח.פ. מס' 300587284, מרחוב ח'מ'ה 12 ז'י זיך

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 למותן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולהסב 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 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 פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות נאסר, 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 בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק 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 בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולחיד.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 07 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
 מס' רשיון: 62254

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התחום מטח: (במקרה של קטין יורשמו פרטיו)

שם משפחה ש-י	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 ביד נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ובמקרה 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 ו/או סכסוך בקשר למסירת מידע כאמור.

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



למרות האמור לעיל לא יחול כתב וניתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

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

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

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

תאריך: **27/7/05** עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
עו"ד אריאל פריד
מס' רשיון: 62254