



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



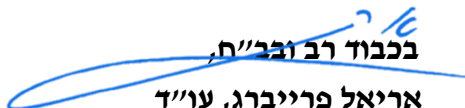
לכבוד

פרופ' יורם אנקשטיין
באמצעות דוא"ל: anekspine@gmail.com

ד"ר נכבד שלום רב,

תאונה מיום 18.8.24
הנפגעת: סיגל ארז, ת"ז 51590677
ת"א 71747-08-25 פלוגית נ' כלל חברה לביטוח בע"מ

1. כב' מונה בהחלטת בית המשפט כמומחה רפואי בתחום האורתופדי, לבדיקת מרשתי, התובעת אשר נפגעה בתאונה מיום 18.8.24 ולקביעת נכותה הנובעת מהתאונה.
 2. רצ"ב לעיון כב' התיעוד הרפואי בנוגע למרשתי.
 3. בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת, כלל חברה לביטוח בע"מ.
 4. אודה לכב' אם יודיעני על מועד לבדיקת מרשתי.
 5. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לשני הצדדים.
- *רצ"ב הסכם המינוי


בכבוד רב וב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

העתק:
עו"ד תומר זמר
באמצעות דוא"ל
office@zb-law.co.il

תאריך: 20/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית



021085

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מ.י.נ: 0523278037	טלפון: 0523331727	טל.עבודה/נייד: 8150612
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 0051590677		

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

א.י.נ.ה מסוגלת לעבוד מיום: 18/08/2024 עד יום: 22/08/2024 סה"כ: 5 ימים.

חתימה וחתימת הרופא

20/08/2024

תאריך

תאריך: 28/08/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ
כתובת: כחלית 30, יבנה	טלפון: 0523278037
0051590677	ת.ז.: 51590677
טל.עבודה/נייד: 0523331727	
מיקוד: 8150612	

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 23/08/2024 עד יום: 31/08/2024 סה"כ: 9 ימים.

ד"ר שפיץ דניאל
21085
מר. ג.

חתימה וחוממת הרופא

28/08/2024

תאריך

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר. שפיץ

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



021085



קוד הפניה: 396091217

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.ז.: 51590677	תל. עבודה/נייד: 0523331727
ת.ל.ידה: 26/07/1952	מ.י.נ: 0523278037
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612
0051590677	

התייעצות מומחה

במכבי -

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על הערכתך.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

11/09/2024

חתימה וחוקת

תאריך



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

אבחנה:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות : לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/09/2024

תאריך

חתימה וחותמת

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

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



021085



טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	0051590677	

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב *	שכיר/עצמאי	חבר (כ"ל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	תקשורים מרכז תקשורת עיסקי בעמ	נציגת שרות	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
18/08/2024	18:00	תאונת דרכים בדרכה מהעבודה לביתה.		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
גב ראש.	ד"ר שפיץ דניא	18/08/2024		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

הממצא הקליני:

במהלך התאונה הגיע אמבולנס. לא הסכימה להתפנות לחדר מין.

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

הטיפול שניתן על-ידינו: אנלגטיקה.

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 16/09/2024 (בכלל)

11/09/2024

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/09/2024

ד"ר ד. שפיץ

מ.ר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



021085



קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל. עבודה/נייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612		מיקוד: 8150612			

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/09/2024

תאריך

ד"ר שפיץ דניאל
21085
מ.ר
חתימה וחותמת

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

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. גורם מפנה



031565

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 406886671

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סגל	שם משפחה: ארז	ת.ז.: 51590677
ת.ל. עבודה/נייד: 0523331727	טלפון: 0523278037	מ.י.נ: 26/07/1952
מיקוד: 8150612	כתובת: כחלית 30, יבנה	ת.ל.יד: 0051590677

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים: רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלי
בדיקה פיזיולוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא:

סיבת ההפניה: טיפול בהתאם לקליניקה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

24/11/2024

תאריך

חתימה וחותמת

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

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/נייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612		0051590677			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב *	שכיר	שם המעביד וכתובתו

תוצאות הבדיקה:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ביוורלוגית תקינה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• BACK PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 64 ימים, היינו מיום: 17/09/2024

עד יום: 19/11/2024 (בכלל).

24/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0316949478



031565

קוד הפניה: 406886927

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סיגל	שם משפחה: ארז
ת.ז.: 51590677	ת.לדה: 26/07/1952
טל. עבודה/נייד: 0523331727	טלפון: 0523278037
מיקוד: 8150612	כחלית 30, יבנה
כתובת: 0051590677	

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

בי"ח אסותא אשדוד ציבורי

תלונות:

לפני שנים עברה ניתוח כגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות:

17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא :

קוד מ"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 11/2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ארז

שם פרטי: סיגל

ת.ז.: 51590677

טל. עבודה/נייד: 0523331727

מיקוד: 8150612

טלפון: 0523278037

מ.י.נ

תלידה: 26/07/1952

כתובת: כחלית 30, יבנה



0051590677

הפניה למכון דימות - C.T

שאלה לרדיולוג:

לחזור למומחה

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
27/08/2023	1.2 שנים		Creatinine (B)
27/08/2023	1.2 שנים		eGFR
		1.04	
		54	

שם הרופא: ד"ר חלדרוב אדוארד

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך: 10/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

תלונות: לדבריה נפלה ב-5.12.24 במדרגות בגב
מז כאב והגבלה בתנועות קושי בישיבה

• FALLING

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

הערות: עקב נפילה הרגישה לא טוב וגם לאחר ניתוח בגב לכן לא יכלה לעשות מבחן

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

ד"ר חלדרוב אדוארד
מ.ר. 31565 מ.ר.מ. 21688

חתימה וחותמת הרופא

10/12/2024

תאריך

תאריך: 25/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לדה:	26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037
כתובת:	כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	טל. עבודה/נייד: 0523331727
0051590677			

אישור בריאות

הנ"ל: עברה תאונת דרכים ב 8.2024

הערות: אינה חשה בטוב ואינה מסוגלת לדבריה לעבוד.

ד"ר שפיץ דניאל
מ.ר. 21085

חתימה וחוקמת הרופא

25/12/2024

תאריך

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 07/01/2025

מ.ר גורם מפנה



021085

דר' ד. שפיץ
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/גייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612					

מכתב

תאריך: 07/01/2025

לכבוד: כל המעוניין.

הנ"ל סובלת מכאבים ברגל שמאל וכן גם בידיים כתפיים.
להערכתה מדובר בבעיה הקשורה לתאונת דרכים שקרתה ב 8.2024.
אינה יכולה להערכתה עדיין לתפקד.
נמצאת במעקב של אורתופד.
בברכה

דר' ד. שפיץ
מ.ר. 21085
דניאל

בברכה,
דר' ד. שפיץ

חתימה

בית חולים חוסידמן לאונקולוגיה
THE JUSIDMAN ONCOLOGY HOSPITAL

המערך ההמטו-אונקולוגי ע"ש ורדה ובעז דותן

מכון המטואונקולוגי

מנהל/ת : דר' אביגדור אברהם מ.ר. 21857	טלפון : 03-5302127
אח/ת אחראית : שרון פרסטר	פקס : 03-5305343
דוא"ל: Mirp.Hematology@sheba.health.gov.il	

סיכום ביקור רפואי

שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת"ז: 51590677
גיל: 73	מין: נקבה	טלפון נייד: 0523331727
תאריך ביקור : 06/04/2025	מספר ביקור 27154876	קופת חולים : קופ"ח מכבי
כתובת: כחלית 30 יבנה 8150612		

סוג ביקור

סוג הביקור: פרונטלי

אבחנות המטולוגיות

- Chronic Myeloid Leukemia (M9863/3)

אבחנות רקע

- Chronic Myeloid Leukemia (205.10) 17/09/2008 CP B3A2

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום רופא ותוכנית טיפול

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
06/04/2025 11:00	דר' וולציק יוליה מ.ר. 26596	סך הכול מרגישה טוב, אך לאחר ת. דרכים ב 08.2024 סובלת מכאבי גב וקרינה לידיים ורגליים נבדקה על ידי אורתופד ו עשתה CT ע"ש - ללא ממצא אקוטי. אקו לב בוצע ב 01.2025, אך לא הביאה את התוצאה. נא לשלוח את התוצאה בהקדם במייל. סדם תקינה RT-PCR אחרון - MMR נא להמשיך טיפול ב DASATINIB 50 מ"ג ללא שינוי. ביקורת + ביצוע RT-PCR BCR-ABL בעוד 4 חודשים.	

המלצות בביקור

המלצה: 1. לשלוח תוצאה של אקו לב בהקדם במייל
2. ביקורת + ביצוע RT-PCR בעוד 4 חודשים.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מכון המטואונקולוגי. בעוד 4 חודשים.

הערות: RT-PCR מילומה (סדם, כימיה, מגנזיום, GGT, אימונוגלובולין, FLC). אימונו פיקסציה.

תאריך: 22/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

ד"ר חלדירוב אדוארד
כירורגיה יונתופונית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

תלונות: בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע
לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות
מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
כאבי והגבלה בתנועות
כאב מקרין לרגל שמאל
כאב גם בידיים עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13
עדיין מוגבלת בניידות

ממצאים: בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
CT הודגמה הנמכה משמעותית של החלק העליון של גוף החוליה L1.
איבוד גובה משמעותי של גוף החוליה L2 בצורת "יתד".
הגובה של שאר גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים מוצרים בגובה L4-L5, L5-S1.
קיבוע מתכתי באלמנטים אחוריים לאורך ע"ש מותני.
המגיומה בגוף החוליה L4-L5.
שינויים ארטרוטיים במפרקים פצטליים לאורך עמוד שדרה מותני.
שינויים ניווניים במפרקים הסקרואליאקליים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5, L5-S1.
אין עדות לסטנזים ספינלית לאורך ע"ש מותנ

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13

• BACK PAIN

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

כעיות ידועות:

תאריך: 22/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה יורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל. עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

רגישויות לתרופות: - MICROPirin - 17/09/2008

- ACETOSAL - 17/05/2023

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

הערות: עקב בעיות גב וברכיים ללא סייג זקוקה לתו נכה

פרט לכך סובלת מלאוקמיה

ניידות ללא רכב עלולה לערער את מצבו הרפואי

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפני הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

22/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

0523331727
089424040
מ.ר. גורם מפנה



בית משפט השלום בראשון לציון

ת"א 71747-08-25 פלוני נ' כלל חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

לפני כבוד השופטת דליה אסטרייכר

מבקשת פלונית

נגד

משיבה כלל חברה לביטוח בע"מ

החלטה

1. לפני בקשה למינוי מומחה בתחום האורתופדיה והנירולוגיה במסגרת תובענה מכוח חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975. המשיבה מתנגדת לבקשה.
2. לאחר שנתתי דעתי לחומר הרפואי שהוצג ולטיעוני הצדדים, נחה דעתי כי קיימת ראשית ראיה לצורך מינוי מומחה בתחום האורתופדיה. לעניין טיבה של "ראשית ראיה" הנדרשת לצורך מינוי מומחה ר' בין היתר, רע"א 5070/13 פלוני נ' הראל חברה לביטוח בע"מ (18.11.2013); רע"א 350/11 צ'פני נ' איילון חברה לביטוח בע"מ (1.5.2011).
3. הגישה בפסיקה לעניין מינוי מומחה הינה ליברלית, וזאת על מנת שלא לסגור את הדלת בפני מבקש המבקש להוכיח את נכותו וליתן לו האפשרות לכך כאשר קיימת ראשית ראיה (ראו למשל רע"א 863/93 התעשייה האווירית לישראל נ' קמחי, פ"ד מז(4) 815, 818; רע"א 5398/18 פלוני נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ, פסקה 9 (3.2.2019); רע"א 5070/13 פלוני נ' הראל חברה לביטוח בע"מ, פסקה 7 (18.11.2018)).
- בשים לב להשלכות דחיית הבקשה, בית המשפט עשוי להסתפק ברמת סבירות נמוכה לקיומו של קשר סיבתי בין הנכות הנטענת לבין התאונה, כך לפי פסיקת בית המשפט העליון. שאלת הקשר הסיבתי הרפואי מסורה אף היא לבחינתו של המומחה הרפואי.
- לפיכך, אני מורה על מינויו של ד"ר יורם אנקשטיין מומחה בתחום האורתופדיה.
- הודעת המינוי תיכנס לתוקפה תוך 7 ימים, ללא צורך בהחלטה נוספת. במהלך שהות זו, הצדדים רשאים להגיש השגתם בנוגע לזהות המומחה. ככל שתוגש השגה כאמור, המינוי לא ייכנסו לתוקף עד מתן החלטה משלימה.



בית משפט השלום בראשון לציון

ת"א 71747-08-25 פלוני נ' כלל חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

4. במידה שקיימת מניעה מבחינת המומחה מלשמש כמומחה מטעם ביהמ"ש בתיק זה, יודיע המומחה לביהמ"ש ולצדדים תוך 14 יום מקבלת הודעת המינוי.
5. המומחה מתבקש לבדוק את המבקשת, לעיין בחומר שיעבירו ב"כ הצדדים, ולקבוע אם נותרה למבקשת נכות זמנית ואו צמיתה, לרבות את שיעור הנכות בעקבות תאונת הדרכים מושא כתב התביעה וכתוצאה ממנה. המומחה יתייחס למגבלות התפקודיות של המבקשת, ככל שקיימות, בשים לב לעבודתה ולמקצועה של המבקשת, ולשאלה האם המבקשת תהיה זקוקה לטיפולים רפואיים בעתיד, סוגי הטיפולים ועלותם המשוערת נכון להיום.
6. באי כוח הצדדים יעבירו למומחה את כלל המסמכים הרפואיים המצויים בידהם הנוגעים לטיפול הרפואי שניתן למבקשת ולבדיקות שנבדקה לצורך אותו טיפול, למעט חוות דעת רפואיות, וזאת תוך 30 ימים מהיום.
7. **המזכירות תשלח למומחה טופס בהתאם לתקנה 89 לתקנות סדר הדין האזרחי, תשע"ט-2018. המומחה מתבקש לחתום על הטופס ולהעבירו למזכירות בית המשפט בטרם יחלו בהליכי חוות הדעת.**
8. בשכר טרחת המומחה תישא, בשלב זה וכמימון ביניים, המשיבה, והוא ישולם ישירות על פי דרישת המומחה, תוך 20 יום ממועד הדרישה.
9. תוך 14 ימים ממועד הסדרת התשלום, המשיבה תשלח אסמכתא למומחה אודות ביצוע התשלום בציון מספר התיק, עם העתק לצד שכנגד.
10. המומחה יקבע מועד לבדיקת המבקשת תוך 75 ימים לכל היותר, ככל שקיימת מניעה לכך הצדדים מתבקשים לעדכן את בית המשפט;
11. **המומחה מתבקש ליתן את חוות הדעת תוך 45 ימים ממועד הבדיקה ובכפוף לתשלום שכר הטרחה. עותק מחוות הדעת יועבר לביהמ"ש ולב"כ הצדדים.**
12. על מינוי זה יחולו הוראות חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975 ותקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחה), התשמ"ז-1986.

התיק נקבע לתזכורת פנימית ליום 26.8.2026.

המזכירות תמציא עותק מהחלטה זו לבאי כוח הצדדים ולמומחה.

ניתנה היום, י' אייר תשפ"ו, 27 אפריל 2026, בהעדר הצדדים.

דליה אסטרליץ, טופסת

30
31

בית משפט שלום בתל אביב

01 פברואר 2026

מסעם בית המשפט בדבר העדר ניגוד עניינים/זיקות
אישיות אפשריות בתוך בית משפט
תקנות בית המשפט רשומות מסעם בית המשפט, תשפ"ב-2022
(תקנות 1)

50261911	4464-03-25
	נחתם דיטאלי
	ד"ר יעקב

החלטה 27/04/2026
41464-0
ת.הר ציון

רכנו סטטוס חוות הדעת לתיקלר וא"י עבד
חברת לביטוח בנ"מ וא"י
מ. תזפ.

לאחר שקראתי בעיון את תקנה 16 לתקנות בית המשפט רשומות מסעם בית המשפט, תשפ"ב-2022, אני מצהיר ומתחייב בזה בכתב כלול (מחק את המיותר):

אין לי קרבה משפחתית, או קרבה משפחית אחרת לשופט שמנה אותו.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

אין לי קרבה משפחתית לשופט אחר באותו בית המשפט.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

אין לי קרבה משפחתית או קרבה אחרת לאחד מבעלי הדין או באי כוחם או לאחד המומחים האחרים בתיק בית המשפט.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

אין לי קשר אישי או קשר עבודה רציף עם אחד מבעלי הדין או עם באי כוחם או עם אחד המומחים מטעם מתיק בית המשפט.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

לא נתתי בשמה האחרונה חוות דעת או שירות אחר לאחד מבעלי הדין.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

אין לי עניין כספי או אישי בחלק או בתוצאותיו, בצד לחלק או בבאי כוחו.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

אין לי זיקה אחרת העלולה להעמידני במצב של חשש לניגוד עניינים בית מילוי תפקידי ובין עמית אישי או תפקיד אחר שלי, לרבות קשר מקצועי מכל סוג שהוא עם אחד מבעלי הדין או עם באי כוחם או עם אחד המומחים מטעם מתיק בית המשפט.
אם השבת בחיוב על סעיף זה פרט:

זה שמי האתחולמתי וכל הצהרותי אלה הן אמת לאמיתה

ד"ר בלום יוסף
ממונה על-איו איוניו
014917

חתימת המצהיר

8.2.26