

זמן ביצוע הפעולה: 16:19 04/06/2026
מספר תיק: 79401-12-24
סוג מסמך: תצהיר
מספר אסמכתא למעקב: 31680518

על המגיש לשמור את מספר האסמכתא, על מנת לאתר באמצעותו מידע אודות ההגשה.
לשם כך, באתר נט המשפט (לאחר ההזדהות), יש להפעיל מתפריט "הגשות" את האופציה "הגשות לפי אסמכתא".
המסמך הועבר לבדיקת מזכירות.
מומלץ לעקוב אחר סטטוס המסמך על מנת לוודא שהמסמך נקלט בתיק.

- אם יאושר, יתויק בתיק ומועד ההגשה החוקי יחושב לפי זמן ביצוע הפעולה באתר ולא לפי תאריך האישור במזכירות.
כמו כן, יופק אישור שיוצג בתיקיית תיק נייר.
- אם לא יאושר, תשלח למגיש הודעה על כך.

ת.א. 79401-12-24
בפני כב' השופט עידו רוזין

בבית משפט השלום

בהרצליה

בזיקה להחלטת בית המשפט הנכבד מיום 10.5.26

נערך ונחתם ביום 4.6.26

התובעת:

ג'נט ביטון, ת.ז. 077233914
באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254) ו/או
יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983
דוא"ל: Office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעות:

1. עיריית בת ים
באמצעות ב"כ עו"ד אהוד דהאן ואח'
מרח' פלי"ם 8, חיפה
טל': 04-8667663; פקס: 04-8668233

2. חב' מי בת ים- תאגיד מים וביוב בע"מ
באמצעות ב"כ עו"ד דרור תגר
מרחוב התעש 10, בית הקרן קומה 7, רמת גן
טל': 03-6878166; פקס: 03-7519211
דוא"ל: drortaggar@gmail.com

הודעה על הגשת רשימת עדים ותיק מוצגים מטעמה של התובעת –
והודעה בצידה



בפתח הדברים יבקש הח"מ להביע התנצלותו בפני בית המשפט הנכבד על כך שהודעה/ראיות
התובעת לא הוגשו במועד הנקוב בהחלטת בית המשפט הנכבד.

האיחור בהגשת ראיות התובעת, או, לכל הפחות, העובדה שלא הוגשה הודעה/בקשה מתאימה
במועד הנקוב, נובעת בשל טעות מחשוב משרדית. הח"מ מצר על כך ומבקש להדגיש כי מדובר
במקרה חריג שאינו שכיח במשרד הח"מ ועל אף שאין בכך הצדקה לאיחור מבוקש מבית
המשפט להתחשב בכך ולמחול לח"מ על כך בנסיבות אלה.

בזיקה להחלטות בית המשפט הנכבד מיום 10.5.26 ומיום 3.6.26 מתכבדת התובעת להגיש
רשימת עדים ותיק מוצגים מטעמה.

רשימת עדים:

1. התובעת בעצמה.

2. יוסף ביטון, ת.ז. 57419939 – בנה של התובעת

מצורף בזאת תיק מוצגים.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תמונות המפגע ומיקומו (עמודים 4 עד 7)	4
נספח 2: תעודות רפואיות וקבלות (עמודים 9 עד 25)	9
נספח 3: תמונות התובעת לאחר הפגיעה (עמודים 27 עד 28)	27
נספח 4: מכתב התשובה מטעמה של הנתבעת 1 (עמודים 30 עד 30)	30



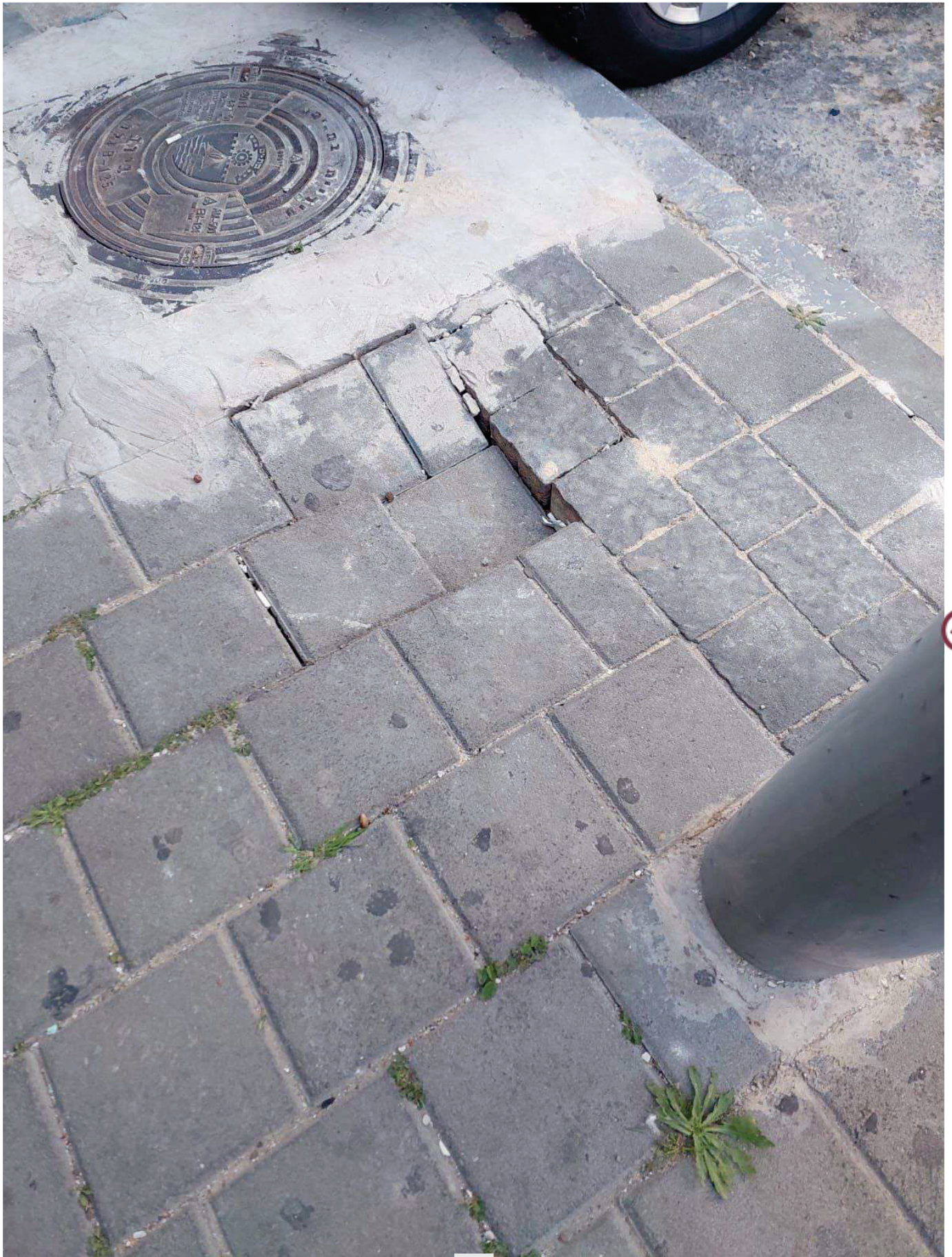
נספח 1 :

תמונות המפגע ומיקומו











נספח 2 :

תעודות רפואיות וקבלות



	112027 מספר רשיון	ד"ר מאיה ממיסטרבלוב	שם הרופא
	03-6285500 טלפון	רפואת משפחה	תחום
	03-6805090 / פקס	רוטשילד 29, בת ים	כתובת
	03-6285510 מחוז	רוטשילד - בת ים	מרפאה

תאריך: 05/03/2024 3:30

הפניה למיון

פרטי המטופל:	מס זהות: 00077233914	גיל: 87.00	מין: נ
שם משפחה ופרטי:	ביטון גנט	ת.לידה: 27/02/1937	מס בית: 2 / 6
רחוב: הולצברג שמחה	ישוב: בת ים	טלפון: 52-3423146	מספר נוסף: 52-3423146

מספר הפניה: 35653021678

גורם שולח



5653

מספר הפניה



035653021678

תז נבדק



77233914

מספר רשיון



112027

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY

תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות
היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים.
שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד
בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה -
ללא דימום כעת
ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנט
לציין בבדיקה במרפאתה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בכותרת
קבלה חיסון לטטנוס במרפאה
מופנית למיון

סימנים חיוניים:	גובה	משקל	13/03/2023	56	bmi	23.61
לחץ דם	177 / 75	05/03/2024				
דופק	79	05/03/2024				

EF (%) 60 עודכן ב 09/06/2020 eGFR 67.9 מתאריך 10/05/2023

סטורציה (%) 97 05/03/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

דף 1

05/03/2024

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מאיה ממיסטרבלוב

- 5 -

00077233914

הפניה למיון

ביטון גנט

שם הרופא

תחום

כתובת

מרפאה

ד"ר מאיה ממיסטרבלוב

רפואת משפחה

רוטשילד 29, בת ים

רוטשילד - בת ים

מספר רשיון

טלפון

פקס

מחוז

112027

03-6285500

03-6805090 / 03-6285510

ת"א

כנול

תאריך: 05/03/2024

3:30

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

ת.לידה:

מס בית:

ביטון גנט

27/02/1937

6 / 2

א

מס זהות:

רחוב:

טלפון נוסף:

00077233914

הולצברג שמחה

52- 3423146

גיל:

מין:

87.00

נ

מספר הפניה: 35653021678

מספר רשיון

תז נבדק

מספר הפניה

גורם שולח

112027

77233914

035653021678

5653

לכבוד: מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
E888		FALL
9590		FACE INJURY

תלונות: בת 87. אורחת במרפאה

ברקע סכרת, מידי פעם סובלת מסחרחורות היום אחרי צתהריים נפלה ברחוב ונחבלה בפנים. שוללת סחרחורות, ללא בעיות בדריכה, ללא תלונות קרדיאליות, ללא סימני צד בבדיקה - המטומות באף ומתחת לעין ימין, פצע פתוח ברירית שפה תחתונה - ללא דימום כעת ללא טיפול אנטיקוגולנטי או אנטיאגרנטי לציין בבדיקה במרפאתה ל"ד 177/75 מ"מ"כ. ללא אבחנה של יתר ל"ד בכותרת קבלה חיסון לטטנוס במרפאה ל מופנית למיון

סימנים חיוניים:	גובה	משקל	13/03/2023	56	bmi	23.61
לחץ דם	05/03/2024	177 / 75				
דופק	05/03/2024	79	סדיר			
סטורציה (%)	05/03/2024	97				
EF (%)	09/06/2020	60	עודכן ב	eGFR	67.9	מתאריך 10/05/2023

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS

ס.ה.ר. 1

הפניה למיון

ביטון גנט

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מאיה ממיסטרבלוב

0077233914

דף 1

05/03/2024

- 6 -

מגילוי	איפיון	בעיה
01/07/2013		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING
01/02/2014		TINEA CAPITIS
01/02/2014		INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN
01/02/2014		WEAKNESS
24/09/2020		DISTURB MEMORY/CONCENTRATION
24/09/2020		CONSTIPATION
24/09/2020		CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR
20/08/2020		DIZZINESS AND GIDDINESS
15/11/2020		

no

מידע ישן

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

Ti- H

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		1 טיפות -		ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	1 טבליות		ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	1 טבליות		ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	1 יחידות		ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	1 טבליות		ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	1 טבליות		ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<>T 150mg	1	1 טבליות		בחדש
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	1 טיפות		ביום
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	1 טבליות		ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	1 טבליות		ביום

נחתם דיגיטלית

112027

ד"ר מאיה ממיסטבלוב

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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





וולפסון. זה בית.

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

חלקה

נמרתי

מיון : ר"ד מהלכים / מיון טראומה מקרה: 11694098
מ.ז. : 7723391-4 שם: ביטון גנט
אב : משה כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים מיון:
סוג : אזרח טל: 052-3423146 ת.לידה: 27.02.1937
קופ"ח: כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : נפילה, חבלה, חתך
ת.קבלה: 05.03.24 18:53
מפעיל: MALIZ
מ.ר. וולפסון



צוות המחלקה לרפואה דחופה מקדם אותך בברכה!

אנו מודעים לחששותיך ומתחייבים לעשות ככל שניתן כדי לסייע לך ולהקל על כאבך.
סדר הטיפול במטופלים נקבע ע"פ דחיפות ושיקול הדעת של הצוות.

שירות וולפסון שלי - גישה מהירה למסמכים הרפואיים שלך
תוצאות בדיקות דם | בדיקות דימות | סיכומי ביקור ועוד
הכניסה תתאפשר למי שפרטי הנייד שלו מעודכנים במערכת, לצורך ביצוע תהליך
לכניסה לשירות סרקו את QR קוד או היכנסו לאתר המרכז הרפואי



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408

רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אח/ות אחראי/ת: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: בת ים הולצברג שמחה 6/1 בת ים

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 05/03/2024 שעת קבלה: 18:53 מספר ביקור: 11694098

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 06/03/2024 שעה: 00:00

יעד השחרור: לביתה



אבחנות

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			959.01	HEAD INJURY, UNSPECIFIED

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: נפילה/מעידה

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני
דרך הגעה: מלווה

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מחמץ: כלילית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בת 87

לדבריה מעדה נחבלה בפנים ללא איבוד הכרה, בבדיקתה GCS 15, שפשוף בשפה ונפוחות בגשר אף ללא דמם במצח צוואר ללא רגישות בית חזה ללא חבלה בטן רכה גפיים ללא חבלה, ראש CT

תרופות שניתנו במלר"ד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
NORMOPRESAN TAB 150 mcg	Once לד 182/72	20:36 05/03/2024 דבוש ליאור מר. 240549	TAB 150 mcg PO

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 150 mcg	TAB	05/03/2024 20:36	Once Rate from nurse: 0 לד 182/72	NORMOPRESAN TAB 150 mcg
PO				

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	גפה	אופן מתן חמצן	הכרה
23:10 05/03/2024	86	108/64			
19:32 05/03/2024			Rt arm	אוויר חדר	הכרה מלאה

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

בדיקות עזר ברכיב

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT ראש	05/03/2024	תאריך הפענוח: 05.03.2024 שעת הפענוח: 23:31:24 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי: התוויה: חבלת ראש. אין בתיק בדיקות קודמות להשוואה. ממצאים: מעבר קרניוצריקלי בגדר הנורמה. חדרים, ציסטרנות וחריצים מתאימים לגיל. צפיפות החומר האפור והלבן תקינה. אין עדות לממצא פוקלי ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה או סטית קו האמצע. איורור תקין של מערות הפנים. המטומה פריאורביטלית מימין. מבני ארובה תקינים דו"צ. מבנה גרמי- חסר גרמי באזור האף משמאל. ללא עדות לשברים. לסיכום: ללא עדות לדימום מוחי או שברים. ——— גרינברג נועה מספר רשיון: 159119

סיכום ודיון

בת 87 התקבלה למיון עקב נפילה חבלת ראש. במיון חולה עברה CT ראש- ללא עדות לשברים או דימום תוך גולגולתי. במצב כללי יציבה משתחררת הבית.

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		05/03/2024 19:32 4	וודאג' מסלה

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 87	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

דיווח: המטופל.ת הודרכה בשלבי הטיפול במלר"ד חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 19:32 05/03/2024	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
עצמת הכאב	0

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל.
נגד כאבים לפי צורך.

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.
3. יש לפנות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה.

חתימת רופא/ה משחרר/ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
06/03/2024 00:00	רופא/ה	ד"ר דודוב אדוארד מ.ר. 35890



המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,
מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.

בימים אלו אנו עומדים לצידך ומזמינים אותך
לעקוב אחר עדכונים ושירותים שמתפרסמים באתר וולפסון בסריקת הברקוד



בוולפסון כולנו חזקים יחד.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים

052-7241043

03-5028111



וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



שם הרופא

תחום

כתובת

מרפאה

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

אורתופדיה

הרב ניסבאום 33 - בת ים

בת ימון - רופאים יועצים עצמאיים - בת ים

מספר רשיון

טלפון

פקס

מחוז

13022

03-5550828

03-5550881

ת"א

כללי

תאריך: 22/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

ת.לידה:

מס.בית:

ביטון גנט

ישוב:

טלפון:

א

6

2

מס.זהות:

רחוב:

טלפון נוסף:

00077233914

הולצברג שמחה

52-3423146

גיל:

מין:

87.03

נ

מספר הפניה:

רשיון רופא

32981018571

013022

תז נבדק

77233914

גורם שולח

מספר הפניה

2981

032981018571

לכבוד: פיזיותרפיה

כתף שמאל

שירות שנבחר

קוד שירות

קוד משה"ב

פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול

97001

80015

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

PAIN SHOULDER

תלונות / סיבת הפניה מתאריך: 28/04/2024

תלונות / סיבת הפניה מתאריך: 13/05/2021

בת 84

מזה תקופה ארוכה כאבים בכתף מימין

ביצעה MRI כתף בשאלה אחרת (בירור ליפומה בשריר הדלטאיויד אשר לדבריה אינו מציק לה כלל) כחלק מהמצאים אובחנו קרע SSP מימין

הוסברו לה הממצאים, כאמור לדבריה המסה השפירה אינה מטרידה אותה.

לאור זאת, נתחיל טיפול בוגדי דלקת ומשככי כאב ופיזיותרפיה.

28/04/2024: כאב בכתף שמאל כחודשיים

22/05/2024:

בא ס כתף שמאל קרע מלא בס ס

לפיזיותרפיה

בעיות פעילות

מ.גילוי

איפיון

בעיה

KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

01/12/2001

ANEURYSM HEART

01/01/2002

ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER

01/03/2002

NORMAL CORONARY ARTERIS

01/03/2002

OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr

01/07/2003

DIABETES MELLITUS

01/04/2008

LIPID METABOLISM DISORDER

01/01/2012

ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR

01/02/2014

PRURITUS; SKIN ITCHING

01/02/2014

TINEA CAPITIS

01/02/2014

INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN

01/02/2014

WEAKNESS

24/09/2020

CONSTIPATION

24/09/2020

CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR

20/08/2020

DIZZINESS AND GIDDINESS

15/11/2020

מידע ישן

תולדות עבר

7 ס.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

ביטון גנט

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

22/05/2024

233914 - 12

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		טיפות -	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	טבליות	1	ביום
STRIP CONTOUR TEST	1	יחידות	1	ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<=>T 150mg	1	טבליות	1	בחודש
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	טיפות	1	ביום
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	טבליות	1	ביום

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2024:

הגבלה בהרמת כתף שמאל כאב לתנועות

22/05/2024

ממצאים קליניים

ד"ר יצחק מאיר ליפשיץ

13022

מספר רשיון

שם הרופא

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

חתימה וחותמת הרופא

מרכז רפואי
מחלקת רפואת כליית
13022
מחלקת רפואת כליית
מחלקת רפואת כליית
מחלקת רפואת כליית



"מסמך רפואי" - מסמך לרופא המטפל במידע			
מסמך רפואי, מוליד מידע, דיווח, דיווח על			
R 44.4			
שם המטופל	תאריך	מספר	מספר
01 2244444	11/02/2024	04 444444	04 444444
שם הרופא	תאריך	מספר	מספר
01 2244444	11/02/2024	04 444444	04 444444
שם המטופל	תאריך	מספר	מספר
01 2244444	11/02/2024	04 444444	04 444444

תאריך ביקור: 20/05/2024

תיק מס': 1933735

מקלידה: ליאלי 13:26

גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד:

מין: נ

ר. רופא מפנה: 13022

שם משפחה: ביטון

שם פרטי: גגט

מספר זהות: 077233914

ת. לידה: 27/02/1937

רופא מפנה: לפשיצחוק מאיר

תוצאות בדיקת U.S (על-קולית) של כתף שמאל

סיבת הפניה – כאבים.

LONG TENDON OF BICEPS TENDON – הדגמה תקינה.

INFRASPINATUS TENDON – הדגמה תקינה.

SUPRASPINATUS TENDON – הדגם קרע מלא באורך 1.0 ס"מ.

SUBSCAPULARIS TENDON – הדגמה תקינה.

SUBACROMIAL BURSA – הדגמה תקינה.

ACROMIOCLAVICULAR JOINT – הדגמה תקינה.

מבנה גרמי – תקין.

אין לראות נוזל תוך פירקי.

טכנאי המבצע: אידידיס ואדים.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

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



06/06/2024

חשבונית מס קבלה מס' 34908

לכבוד: ג'נט ביעון

מקור

סה"כ: 400.00 ₪

תיאור	כמות	מחיר	סה"כ
טיפול ראשון - דיקור סיני (אקופונקטורה)	1	341.88 ₪	341.88 ₪
סה"כ חייב במע"מ:			341.88 ₪
מע"מ: 17.0%			58.12 ₪
סה"כ לתשלום:			400.00 ₪

פרוט תקבילים:

אמצעי תשלום	פירוט	תאריך	סכום
מזומן		06/06/2024	400.00 ₪
		סה"כ:	400.00 ₪



הערות:

תעודות הסמכה לצורכי ביטוח להורדה - לחצו כאן

[Handwritten signature]



מסמך ממוחשב

מסמך זה הופק ונחתם דיגיטלית ע"י 14:29 smartbee.co.il





טל: 03-5028211 | וואטסאפ: +972 3 5028111 | wolfsong.org.il | 03-5028111
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012

מכתב סיכום ביקור - מרפאת כאב

שם יחידה: מרפאת כאב	מנהל/ת המרפאה: דר' לין קולדיק יבגניה מ.ר. 36939	אח/ת אחראי/ת:
טלפון: 035028920	פקס: 037984087	דוא"ל:

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 88	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	קופת חולים: כללית	כתובת: בת ים הולצברג שמחה 6/1 בת ים

אבחנות בביקור

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			338.21	CHRONIC PAIN DUE TO TRAUMA
SHOULDER PAIN DUE TO RC TEAR							

תלונה עקרית

כאבים בכתף שמאל.

מחלה נוכחית

כאבים בכתף שמאל מאז נפילה לפני שנה וחצי. אובחן קרע ב- SSP. עשתה הזרקה אצל אורתופד עם הטבה למספר חודשים. נטלה NSAIDS. עושה פיזיותרפיה. דיקור.

תולדות עבר

NIIDM.

בדיקה גופנית

נבדק: ק

אחר טווח מוגבל של כתף שמאל. הרמה 130 עם כאב. אבדוקציה 90 עם כאב. סימני RC חיוביים. רגישות במישוש וסובאקרומיאלי.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום רופא בביקור

נרשם ע"י: דר' שטיין ארנולד מ.ר. 23231, מרפאת כאב

תאריך עדכון: 27/02/2025 08:42

דיווח / דיון: כאבים כרוניים בכתף שמאל אחרי נפילה לפני שנה וחצי עם קרע ב- SSP. נבעה הזרקה לכתף Marcaïne 0.25% + depomedrol 80mg-10cc. כאב ניתן לנסות ROKACET PLUS או ZALDIAR לפי צורך.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
----------	-------	-----------

שם משפחה: ביטון	שם פרטי: גנט	ת.ז: 77233914
תאריך לידה: 27/02/1937	גיל: 88	טלפון: 052-3423146
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הולצברג שמחה 6/1 בת ים 5930503

דר' שטיין ארנולד מ.ר. 23231

רופא/ה

27/02/2025 08:44

בברכת רפואה שלמה,

מרפאות חוץ, המרכז הרפואי וולפסון.

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים

03-5028111

03-5028111



וולפסון שלי

נישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



מכתב הופק בתאריך 27/02/2025 שעה 08:44 הופק על ידי דר' שטיין ארנולד 23231

מכתב הופק בתאריך 27/02/2025 שעה 08:44 הופק על ידי דר' שטיין ארנולד 23231

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

ד"ר ארנולד שטיין
מומחה לטיפול מבאב
והרדמה מ.ר. 23231

תאריך: 26/02/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **ביטון גנט**
מס זהות: **00077233914**
גיל: **88.00** מין: **נ**
ת.לידה: **27/02/1937**
מס בית: **2 / 6 א** טלפון: **52- 3423146**
רחוב: **הולצברג שמחה**
טלפון נוסף: **52- 3423146**

מספר הפניה ישירה: **35109033259**

מספר רשיון 030283
תז נבדק 77233914
מספר הפניה 035109033259
גורם שולח 5109

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
בת 88, מלינה על כאבי עזים בכתף שמאל לאחר נפילה ומלפני שנה וחצי
נמצאת במעקב במרפאת אורתופדית:
סובלת מכאבים בכתף ימין מזה מספר חודשים
הודגם קרע מלא של SSP
עברה זריקת קורטיזון עם הטבה ניכרת למספר חודשים
כעת חזר הכאב
שוללת חבלה חוזרת

סימנים חיוניים: גובה 154 25/03/2024 משקל 56 03/06/2024 bmi 23.61

לחץ דם 110 / 52 03/06/2024

דופק 79 03/06/2024

03/06/2024 מתאריך 65.38 eGFR 09/06/2020 עודכן ב 60 (%)EF

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS	א

דיון/תוכנית טיפולית: המשך טיפול תרופתי קבוע מרפאת כאב

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/12/2001		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
01/01/2002		ANEURYSM HEART
01/03/2002		ELECTIVE CORONARY ARTERIOGRAPHY USING A SINGLE CATHETER
01/03/2002		NORMAL CORONARY ARTERIS
01/07/2003		OSTEOPENIA TScore = - 2.0 of vertebr
01/04/2008		DIABETES MELLITUS
01/01/2012		LIPID METABOLISM DISORDER
01/02/2014		ALOPECIA AND OTHER DISEASES OF THE HAIR
01/02/2014		PRURITUS; SKIN ITCHING

בעיה	תאריך
TINEA CAPITIS	01/02/2020
INSOMNIA NONORGANIC ORIGIN	24/09/2020
WEAKNESS	24/09/2020
CONSTIPATION	20/08/2020
CONJUNCTIVITIS CHRONIC FOLLICULAR	15/11/2020
DIZZINESS AND GIDDINESS	

מידע ישן:

no

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1988	01/01/1988		S/P TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

no

רגישות לתרופות - מידע ישן

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
TROSPIMUM CHLORIDE TAB 30MG 30 30MG	1	טבליות	1	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	1	ביום
BETACORTEN SCALP APPLICATION 0.1%		טיפות -	1	ביום
EUTHYROX 50 MCG (100) TAB 50MCG	1	טבליות	1	ביום
BONDORMIN 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
ACTONEL ONCE A MONTH 150 MG<T 150mg	1	טבליות	1	בחודש
COLECALCIFEROL DRP 200IU 10ML 200IU	7	טיפות	1	ביום
SIMVASTATIN 20MG TAB 20mg	1	טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850mg	1	טבליות	1	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

נחתם דיגיטלית

30283

ד"ר לודמילה פסח

חתימה וחותמת 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

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו
מרפאה: 917 מוקד אשפוז 'וולפסון'

תאריך: 27/02/25
שעה : 09:11

קבלה: 00035643 / 1

מקור

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0007723391 ביטון גנט

קוד	פירוט גביה:	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי בית-חולים		27/02/25	39.00
בי"ח:	223-וולפסון / 30301-מרפאת כאב			
שירות:	58066 ניקור, שאיבה ו/או הזרקה לפרק גדול			
			סה"כ לטופס :	39.00

39.00

סה"כ שולם במזומן

39.00

סה"כ שולם: 

קופאי: 91712 - 8 ממן קורל

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)

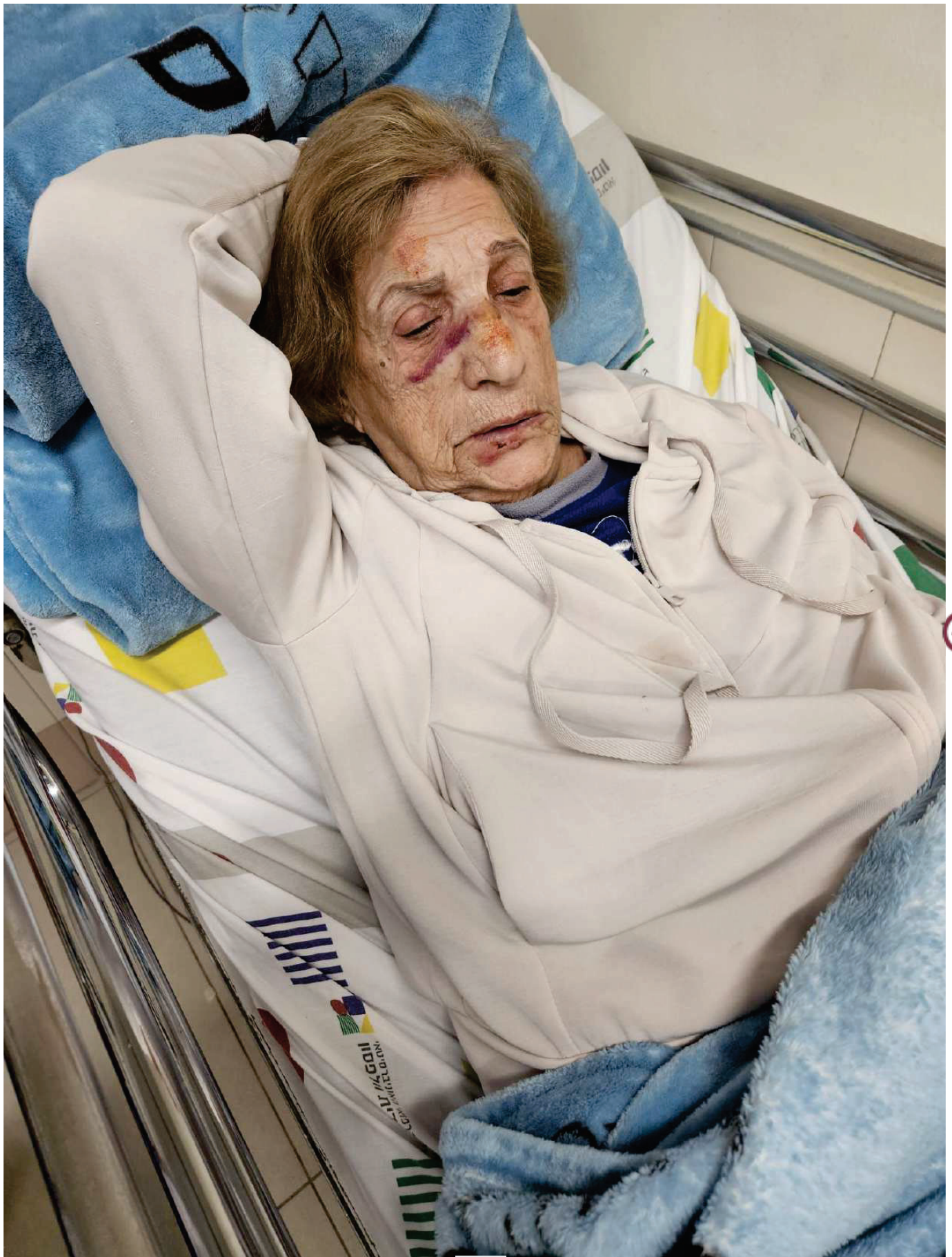
הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

נספח 3 :

תמונות התובעת לאחר הפגיעה







נספח 4:

מכתב התשובה מטעמה של הנתבעת1



פדרבוש - בן סימון משרד עורכי דין

Federboush – Ben Simon Law Office

רח' עזה 52, תל אביב-יפו 6818145, 52 Aza st., Tel-Aviv

נייד: 054-651252 Cell: טל: 03-6488383 Tel: פקס: 03-6488384 Fax: talib_s@netvision.net.il

תל אביב, 15 בספטמבר 2024

מבלי לפגוע בזכויות

מספרנו: 1161/1336

בדואר רשום + אישור מסירה

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

דרך אבא הלל סילבר 7,

בית סילבר, רמת גן.

ח. נ

הנדון: הגב' ג'נט ביטון – ת.ז. 077233914, אירוע נטען מיום 5 במרץ 2024.

בשם מרשנו- עיריית בת-ים, אני משיבה לך על מכתבך שבנדון כדלקמן:

1. מכתבך מיום 10 ביולי 2024 התקבל בעיריית בת-ים והועברה לטיפול משרדנו.
2. עם קבלת מכתבך נעשה הבירור המתחייב בעירייה עם הגורמים המקצועיים הנוגעים בדבר.
3. העולה מן המכתב שנשלח, מהתמונות שצורפו לו ומבירור שנעשה הוא כי המפגע הנטען במסגרת הליך זה הוא אכן בור ביוב. ולפיכך ככל שיש ממש בטענותיה של מרשתך- והעירייה אינה מביעה בעניין זה עמדתה מטוב ועד רע, הרי שעליה לתבוע את נזקה- ככל שאכן נגרם לה נזק, מתאגיד המים והביוב של העיר בת-ים- חב' מי בת-ים תאגיד מים וביוב בע"מ, שהוא תאגיד סטטוטורי האחראי על- פי חוק למערכת הולכת הביוב בתחומי העיר בת-ים, הנפרד מהעירייה. ודוק: על פי סעיף 6 לחוק תאגידי מים וביוב, מנועה העירייה לעסוק בתשתיות הביוב בתחומה, ולפיכך אף אינה אחראית להם.

4. רצ"ב פרטי ההתקשרות עם תאגיד זה לצורך העברת התלונה המפורטת במכתבך:

- חב' מי בת-ים- תאגיד מים וביוב בע"מ
- טלפון: 1-800-65-00-11
- 03-5556433 או 107
- כתובת: רוטשילד 29 בת-ים.
- מען למכתבים: ת.ד. 4200 מיקוד 59315
- כתובת מייל לפניות הציבור: sherut1@mei-bat-yam.co.il

5. נא הפנה טענות מרשתך למען זה.

6. אנו לרשותך, כמובן, לכל הבהרה נדרשת בקשר עם מכתבנו זה.

