

תאריך חתימת המסמך : 1.5.26

התובעת :

וסנה סטבנוביץ, ת"ז 326999257
מרחוב יצחק שדה 6, אזור 5801203
טלפון : 0548791710

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. פלוני אלמוני, ת.ז. נהג האוטובוס (קו 43)

2. "דן" חברה לתחבורה ציבורית בע"מ 513183046
מרחוב שד' שאול המלך 39, תל אביב
טל' : 03: 6394444, פקס : 03-6933308
דוא"ל : cs@dan.co.il

3. ווישור חברה לביטוח בע"מ
מדרך השרון 12, כפר סבא 4427125
טל' : *6835
דוא"ל : claims@we-sure.co.il



כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פל"ד

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

סכום האגרה : 839 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין :

1. הנתבעת 2, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו מתירת השימוש ובעלת הרכב, מסוג אוטובוס הנושא מ.ר 93-006-01 (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, ילידת 14.06.66, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
- רצ"ב אישור משטרה, תוצאות שאילתה מקרנית ותמונת האוטובוס, מסומנות "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעים ביטחו את השימוש ברכב במועד בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
5. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, כמטפלת, נזקקה לימי מחלה מרובים והעדירויות, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
6. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 11.2.25 בשעה 16:00, או בסמוך לכך, בשד' יוספטל בבית ים, במהלך הנסיעה, לפתע נהג האוטובוס בלם בלימת חירום, התובעת נפגעה ונחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
9. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים "וולפסון" בחולון, כשהיא סובלת מכאבים וחבלות בבית החזה, בבטן, בכף יד ימין ובברך שמאל, היא הופנתה לצילומים, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת



לביתה כשהיא כאובה, בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

10. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בכתף ימין ובברך שמאל, עם קושי בהליכה, טופלה במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה להמשך מעקב, בדיקות דימות נוספות, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ושבועיים מחלה נוספים.

11. כמצוות רופאה, ונוכח הימשכות הכאבים העזים וההגבלה ברך שמאל, ביצעה התובעת סדרת טיפולי ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה לצורך שיפור הטווחים והפגת הכאב, אולם נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות ברך שמאל ויד ימין, עם חשד לשבר בכף יד ימין, הגבלה בתפקוד וכאב מעיר משינה והיא הופנתה להמשך טיפולי פיזיותרפיה, המשך מעקב רפואי, טיפול תרופתי וימי מחלה ממושכים.

רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות, "כנספח 2".

12. התובעת הגישה תביעה לדמי פגיעה למוסד לביטוח לאומי אשר הכיר בתאונה כתאונת עבודה בפגימות הבאות: חבלת חזה שמאל, כף יד ימין וחבלת בטן קהה

13. התובעת עמדה בפני ועדה רפואית אשר קבעה את נכותה כדלקמן:

נכות זמנית בשיעור 15% מיום 14.5.25 ועד ליום 30.11.25.

נכות צמיתה בשיעור 10% החל מיום 1.3.26

זאת בגין כאב במפרק בכף היד- ימין לפי סעיף ליקוי 41 (10)(ה)

רצ"ב אישור ההכרה, פרוטוקול והחלטת הועדה הרפואית, מסומנים "כנספח 3".

14. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הגב, ברך שמאל וכף יד ימין (דומננטית!), מקושי בעמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בהטיה וצידוד, קושי באחיזה ועמידה, מנפילת חפצים, מצורר בשימוש ונטילת משככי כאבים והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

15. התובעת עובדת כמטפלת, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בביצוע פעולות מגוונות הכרוכות בעמידה ממושכת, אחיזה ועוד, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.



16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

17. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לקושי בהליכה ולמגבלותיה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

19. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

(1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 70,000

(2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 32,000

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 13,720

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 7,550

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

20. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת בהיותה הנהג ו/או המשתמש ברכב המועד התאונה.

21. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה בעלת הרכב ומתירת השימוש בו בעת התאונה.

22. הנתבעת 3 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת 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 התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 8 עד 11)	8
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 13 עד 26)	13
נספח 3: פרוטוקול והחלטה נכות צמיתה 10 אחוז (עמודים 28 עד 34)	28
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 36 עד 37)	36



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 8 עד 11)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 74953/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 16/02/2025, י"ח שבט תשפ"ה, 11:06
נושא המסמך אישור

לכל המעוניין

תאריך התאונה 11/02/2025 בשעה 16:00

מקום התאונה

בת ים שד יוספטל גיורא 112 בכביש עירוני

הערות מקום

לכיון מזרח

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב 9300601
סוג רכב אוטובוס צבורי עירוני
תוצר רכב מאן פולין
חברת ביטוח לא הוצג
מספר פוליסה
סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	310687785	מוליב סורן	19/11/1973	ראשל"צ, אלירז שלמה 7		
נוסע	326999257	סטבנוביץ וסנה	14/06/1966	אזור, יצחק שדה וולפסון - חולון קלה		

פרטי הרכב

מספר רכב 89808803
סוג רכב פרטי נוסעים
תוצר רכב טויוטה צ'כיה



ר: רת ביטוח
מספר פוליסה
סוג לוחית
מנורה
25240164925
ישראלית

מערבים ברכב
שיוך המערב
ת.ז
שם מלא
שנת לידה
כתובת
קופ"ח / בית
חוליס
חומרת הפגיעה
נהג
51062560
אברהם יהודה
23/12/1951
חולון, הרב
ניסים יצ 9

פרטי הולכי רגל
שיוך המערב
ת.ז
שם מלא
שנת לידה
כתובת
קופ"ח / בית
חוליס
חומרת הפגיעה

כמות נפגעים
כמות נפגעים
מצב התיק
מתאריך
1
בחקירה
16/02/2025

פרטי המטפל בתיק
מ"א
שם משפחה
שם פרטי
אינהורן
אסף
1141944

פרטי השוטר המוסר
מספר אישי
שם פרטי
שם משפחה
דרגה
תפקיד
אסף
אינהורן
רסב
חוקר משל
1141944

מקום שרות
יחידת בוחנים מחוז תא
חתימה
16/02/2025 11:06



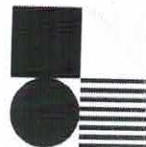


נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 13 עד 26)



THE EDITH WOLFSON
University Medical Centerהמרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולכסון

טל: 03-5028211 | וואטסאפ: 03-5028111 | wolfson.org.il | 03-5028111
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012
Tel: +972 3 5028211 | Whatsapp: +972 3 5028111

מערך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדר"י מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	קופת חולים: מכבי	כתובת: אזור יצחק שדה 6 אזור

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 11/02/2025 שעת קבלה: 16:00 מספר ביקור: 11826760

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 11/02/2025 שעה: 20:48

יעד השחרור: לביתו/ה



אבחנות	Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
				✓			E988.5	MOTOR VEHICLE ACCIDENT
							922.1	CONTUSION OF CHEST WALL
							923.9	CONTUSION OF UNSPECIFIED PART OF UPPER LIMB

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות רקע	Rec	M/P	S/P	תאריך	צד	קוד	אבחנה
						184.4	Vulvar cancer

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא
דרך הגעה: עצמאי

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

תלונת החולה בקבלה למיון

חבלת חזה ובטן שמאל

מחלה נוכחית

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת הקאות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי

מצב כללי טוב יציב המודינמי ונשימתי GCS 15. זוכרת פרטי האירוע

ראש

ללא סימני חבלה, ללא רגישות. ללא עדות לשבר בעצמות הפנים.

עיניים

תנועות עיניים תקינות, אישונים שווים ומגיבים לאור

צוואר

תנועות צוואר חופשיות, ללא רגישות על עמ"ש צווארי או גבי

בית חזה וריאות

בית חזה סימטרי, ללא סימני חבלה רגישות מעל קשת צלעות משמאל, כנסית אוויר טובה ושווה דו צדדי.

בטן

בטן רכה לא תפוחה, רגישות בבטן שמאלית עליונה במשוש עמוק, ללא תנגודת, ללא סימני חבלה, FAST -שלילי.

גפיים

רגשות בהנעת כף יד ימין, ואצבע ראשונה. ללא דפורמציה.

נוירולוגית

כוח גס תקין, רומברג שלילי, מבחן אצבע אף תקין

מדדים

סטורציה ממכשיר	לחץ דם	דופק	חום	תאריך ושעה
+95				16:06 11/02/2025
		92		16:06 11/02/2025
	125/85			16:06 11/02/2025
			+36.9	16:05 11/02/2025

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקות עזר ברכיב

שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: זסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בדיקה	תאריך	תוצאה
CT בטן ואגן	11/02/2025	תאריך הפענוח: 11.02.2025 שעת הפענוח: 19:26:33 גרסת מסמך: 01 תשובה: זמנית טכניקה: בטן ואגן נסרקו לאחר הזרקת חומר ניגודי יודי תוך ורידי בפרוטוקול טראומה. התוויה: בת 58, חבלת בטן חזה צד שמאל, בבדיקתה רגישות בבטן שמאלית עליונה ללא סימני חלבה. FAST -שלילי. לא ידוע על רגישות ליד. השוואה ל-CT בטן מ-13.6.2018. ממצאים: בסיס הריאות - בולת אוויר ב-LLL. שינויים דפנדנטיים ופיברואטלקט. וושט עם תוקן נוזלי רפלוקס? הכבד תקין בגודל מרקם. לא הודגם תהליך מוקדי. לא הודגמה הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות. כיס המרה בעל דפנות עדינים, ללא עדות לאבנים או דלקת חריפה. טחול תקין בגודל ובמרקם. אדרנלים - משמאל מעובה אך שומר על צורה שלו בצפיפות מינוס 1 בשלב ללא הזרקה המתאים לאדינומה, מימין ללא ממצא חריג. לבלב תקין במרקמו ובמבנהו. לא הודגמה הרחבת צינור הלב. כליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס. שופכנים אינם מורחבים. רטרופריטונאום ללא הגדלת קשריות לימפה. אאורטה בטנית אינה מורחבת. שינויים טרשתיים באאורטה וענפיה. SMA, CELIAC, IMA ללא הצרות משמעותיות. העורקים הרנליים הראשים, עורקי הכסל המשותפים והחיצוניים, CFA, DFA SFA, ללא היצרויות או דיסקציה. במגבלות העדר מילוי לולאות המעיין ע"י חומר ניגוד פומי, ללא הרחבה או עיבוי דופן ברור. סעיפים בסיגמא ללא סימני דלקת חריפה. תוספתן לא הודגם בוודאות. ללא נוזל חופשי בבטן או באגן. ללא אוויר חופשי בבטן או באגן. שלפוחית השתן במילוי חלקי. רחם - בגודל תקין. תוכן היפודניס לקולרציה עם רופה נשים. מבנה גרמי שינויים ניווניים בעמוד שדרה. ללא עדות לתהליך אגרסיבי. תת עור - בקע טבורי קטן מכלי שמון. סיכום: ללא עדות לפגיעה באיברים פרנכימתיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. -----דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה. ----- ד"ר סעיד חאלד מספר רשיון: 167311

יעוצים

פרטי המבקש :	ד"ר שקור וואסים מ.ר. 155134
תאריך :	11/02/2025 16:32
מחלקה מיעצת :	אורתופדיה
תאריך ביקור מתוכנן :	11/02/2025
דחיפות :	רגיל
הגדרת הבעיה :	בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.
השאלה ליועץ :	הערכה

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בת 58, נפילה באוטובוס וחבלת כף יד ימין. הוזמן צלום.	תשובה סופית	11/02/2025 20:46	ד"ר יפיוב פאבל	מ.ר. 1162934

בבדיקתה:
נפחות מעל מסרק 2-3 ורגישות

שם משפחה: סטנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

יעוצים

תשובת היועץ

מניעה אצל בעיות בחופשיות ללא גזרור
ללא רגישות שורש יד ללא רגישות במישוש SB

בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משכי כאבים לפי רגישות וצורך
קירור מקומי לסירוגין 48 שעות קרובות אזורי חבלה
לשוב לרופא זמן בהחמרה כולשה או במידה וכאב לא
יעבור בעוד 7 ימים
חופש מחלה 5 ימים

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	11/02/25 16:39	11/02/25 16:32
הזן ידנית			
GFR estimated	ml/(min.1.73m 60 - 90	76	
בדיקות חלבונים ספציפיים בדם			
CRP - B	mg/dl 0.00 - 0.50	0.95 ↑	
בדיקות כימיה בדם			
Glucose - B	mg/dl 70.0 - 100.0	124.2 ↑	
Urea - B	mg/dl 18 - 50	40	
Sodium - B	mmol/L 136.0 - 145.0	139.6	
Potassium - B	mmol/L 3.50 - 5.10	4.10	
Chloride - B	mmol/L 98 - 107	100	
Osmolality calculated - B	mOsm/kgH2O 275 - 295	293	
Creatinine-B	mg/dL 0.51 - 0.95	0.88	
Hemolysis Index		19.00	
Lipemic Index-B		101.00	
בדיקות קרישה			
PT-SEC	sec. 11.0 - 13.5	11.0	
PT-INR	INR 0.90 - 1.40	0.98	
PTT (FSL, sensitive to LAC)	sec. 17.0 - 35.0	29.6	
ספירת דם			
WBC	$10^3/\mu\text{l}$ 4.0 - 10.0	8.0	
RBC	$10^6/\mu\text{l}$ 4.0 - 5.2	4.6	
HGB	g/dl 12.0 - 16.0	13.2	



שם משפחה: סטבוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

* בדיקות	ערכי ייחוס	11/02/25 16:39	11/02/25 16:32
HCT	%	36.0 - 46.0	39.1
MCV	fl.	80.0 - 100.0	85.6
MCH	pg	26.0 - 32.0	29.0
MCHC	g/dl	30.0 - 37.0	33.9
RDW	%	12.3 - 17.7	15.8
PLT	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	150 - 450	327
MPV	fl.	6.5 - 10.0	7.5
Reticulocytes %	%	0.51 - 2.17	1.26
Reticulocytes abs	$10^{10} \times 6 / \mu\text{l}$	0.02 - 0.09	0.06
NEUTRO%	%	42.0 - 72.0	57.5
LYMPHO%	%	20.0 - 45.0	31.1
MONO%	%	2.0 - 10.0	8.3
EOS%	%	0.0 - 6.0	2.0
BASO%	%	0.0 - 1.0	1.1 ↑
NRBC%	%	0.0 - 0.3	0.1
Neutrophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	1.5 - 7.5	4.6
Lymphocyte abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	1.5 - 4.0	2.5
Monocyte abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.2 - 0.8	0.7
Eosinophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.4	0.2
Basophil abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.1	0.1
ללא שיוך למעבדה			
Icteric Index-B		0.00	
NRBC abs.	$10^{10} \times 3 / \mu\text{l}$	0.0 - 0.0	0.0

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום ודיון

בת 58, ללא טיפול תרופתי קבוע. התקבלה למיון לאחר שנחלבה בזמן נסיעה באוטובוס (לדברה בזמן חזרה מעבודה), אשר תוך קדי בלימה נפלה על המעקה של הנהג ונחבלה במעבר חזה בטן משמאל. ובנוסף מלינה על כאבים בכף יד ימין. שוללת חבלת ראש / צוואר. שוללת הקאות / בחילות. מעבדה בנורמה, המוגלובין 13.2. סיטי בטן בשאלה של קרע בטחול - ללא עדות לפגיעה באיברים פרנקימטיים. ללא עדות לדימום פעיל. ללא עדות לשברים בעצמות. צלום חזה וצלעות - ללא עדות לשברים בצלעות, ללא עדות לחזה אוויר. יעוץ רופא אורתופד - בצילום - ללא ממצא גרמי טרי חריף

משתחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:



שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לאוריינטציה	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: המטופל.ת קיבל.ה הדרכה על אוריינטציה מחלקתית והמשך שלבי טיפול במלר"ד								
נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת הדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הוודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		11/02/2025 16:07	שאדי חגאזי
דיווח: הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי								

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 16:07 11/02/2025	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
תאריך ושעה:	16:06 11/02/2025
עצמת הכאב	3
מיקום הכאב	צלעות
תדירות הופעת הכאב	אקוטי
כמה זמן נמשך הכאב	קבוע

המלצות כלליות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל בקהילה .
 -משככי כאבים לפי הצורך למשל אקמול / אופטלגין בהתאם להוראות יצרן .
 -מנוחה וחופש מחלה 3 ימים .
 -ראה המלצות רופא אורתופד- יצוץ מצורף עם ההמלצות.
 -בכל החרמה במצב לרבות החרמה בכאבי בטן, הקאות מרובות, הופעת שטף דם מעל העור, קוצר / קושי נשימה או כל החרמה אחרת במצב יש לפנות מידית לבדיקה רפואית דחופה.

בברכת רפואה שלמה!

חופשת מחלה: 3 ימים.

- 1 מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
- 2 בכל החרמה במצב יש לפנות לגורם רפואי

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' שקור וואסים מ.ר. 155134	רופא/ה	11/02/2025 20:48

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החרמה יש לפנות לרופא בהקדם

שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
תאריך לידה: 14/06/1966	גיל: 58	טלפון: 054-8791710
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: יצחק שדה 6 אזור 5801203

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,

מחלקה לרפואה דחופה, 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

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי | 🔍

סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



גיל: 58.7

שם רופא/ה: דר' אפי כזום

תחום הטיפול: אורתופדית כתף

מספר ביקור: 4492265

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	17:25:35 13/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: מלווה בבנה

לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
בתוקף עד - 12/08/2025	מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
בתוקף עד - 15/02/2025	מוקד רפואה דחופה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

אפי כזום
דר' אפי כזום
120927
אורטופד מומחה
מ.ר.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.

ב-

מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה כיפוף, יציבות APML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

• CONTUSION

אבחנה:

בעיות ידועות:

- VULVA AND LABIA PRIM MALIGNANT TUMOR (01/2012)
- HYPOTHYROIDISM UNS (2000)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2019)
- HYPERTENSION (09/2009)
- FATTY LIVER (02/2016)
- IRON DEFICIENCY ANEMIA (03/2021)
- MORBID OBESITY (BMI>=35) (12/2022)
- TOBACCO USE DISORDER (02/04/2013)

רגישויות: 26/02/2018 - no

תרופות קבועות:

- EUTHYROX NEW 100MCGX100 1X1X90
- ESOPRIM 20MG X 28 1X1X30
- METFORMIN INOVA 850MG X 30 1X1X30
- OVESTIN 0.1% X15GR X1X30
- CALCIUM +D400 600/400X60 1X2X30
- XANAGIS 1MG X 50 1X2X90
- ATOZET 10/20 X 30 1X1X90
- EXFORGE FCT 80/5MG X28 1X1X90
- CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

מעשנת/ת: כן

מומחה לצורך:

מופנת למוקד לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת הצורך

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 14/02/2025 בשעה 17:24

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0042340836



120927



העתק טופס
13/02/2025

דר' אפי כזום

אורתופדית כתף | כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420637483

כתובת: אינשטיין 40, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

0326999257

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/02/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

האמה וחותמת

טל. שירותי חירום: 120
מ.ר. 120927
אורטופד תומך, מנחם כהן



תאריך: 19/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



027882



דר' שילוח פארג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה:	14/06/1966	מין: נ	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת:	יצחק שדה 6/23, אזור	טלפון: 0528580179	מיקוד 5801203

תאונת עבודה

במשך: 15 ימים, היינו מיום: 12/02/2025 עד יום: 26/02/2025 (בכלל)

19/02/2025

חתימה וחותמת 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.



16591
02/08/22
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה



ד"ר שילוח פארג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב סלובודן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כ/ל) כ	שם המעביד וכתובתו לב זהב שירותי סיעוד	מקצוע מטפלת
ת. פגיעה 11/02/2025	שעה 16:00	התעסקות בשעת הפגיעה ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה		
האיבר שנפגע רגל, יד, בטן	שם הרופא המטפל שילוח	נמצא בטיפול מיום 14/02/2025		

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

בביקור בתאריך 14/02/2025 בשעה 10:31:43
ב - 11.02.25 ת"ד בזמן חזרה מעבודה הביתה כנוסעת באוטובוס.
האוטובוס התנגש עם רכב אחר. נפלה. נחבלה בחזה, ובטן משמאל.
פנתה למיון.
נבדקה. בוצע CT.
- ללא עדות לפגיעה באיברים פנימיים ללא עדות לדימום פעיל ללא עדות לשברים.
הומלץ חופשת מחלה 5 ימים.
שיכוך כאבים לפי הצורך.

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44
עדיין כאובה מאוד.
אינה יכולה ללכת - כאבים ברגל שמאל והמטומה בכף הרגל, כאבים בבטן ובגב יד ימין

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 19/02/2025 בשעה 12:00:44

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- RIB PAIN
- HAND PAIN Right

16591
03-5588774
מסמך אושר דיגיטלית
מכבי

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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



דר' דאיזדה איזק
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5010383

פקס: 03-6122162

כתובת: "בית רופאים" ויצמן 52 חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: סטבנוביץ	שם פרטי: וסנה	ת.ז.: 326999257
ת.לידה: 14/06/1966	מין: נ	טלפון: 0528580179	טל.עבודה/נייד: 0528580179
כתובת: יצחק שדה 6/23, אזור	מיקוד: 5801203		



תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
סלובודן	כן	

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
צולעת על ברך שמאל.
רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- CONTUSION Right Hand
- CONTUSION Left Knee



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,

ביום: 11/02/2025

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 20 ימים, היינו מיום: 27/02/2025

עד יום: 18/03/2025 (בכלל).

23/02/2025

תאריך הבדיקה



גיל: 58.8

שם רופא/ה: ד"ר דאיודה איזק

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

15428387

מספר ביקור:

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:34:10 23/02/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 13/02/2025 בשעה 17:15:46

מלווה בבנה
לפי תכתובת - מיון וולפסון 11.2.25 - נפילה באוטובוס, חבלת שורש כף יד - הושלים צילום
ללא ממצא גרמי חריף. מתארת כאבים בכתף יד ימין ובברך שמאל. מתקשה בהליכה.
ב-
מתהלכת בצליעה אנטלגית קלה על רגל שמאל
ברך שמאל - תפליט בכמות מועטה, מנגנון יישור שמור, טווח 0-90 מלווה בכאב בקצה
כיפוף, יציבות APIML שמורה.
שורש כף יד ימין - רגישות SB, נפיחות בהשוואה לכף יד שמאל. רגישות ב AXIAL
LOADING אגודל 1
מופנת למוקדת לצורך השלמת צילום ברך + צילומים מוכוונים סקפואיד וקיבוע במידת
הצורך

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
כאב ונפיחות גדולה בכף יד ימין, בעיקר ב MP2. כאב והגבלה קלה בשורש יד ימין.
כאבים והגבלה בברך ימין

11/02/2025

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22
צולעת על ברך שמאל.
רגישות מדיאלית ניכרת בברך שמאל.
נפיחות והגבלה ניכרת ה MP2-3 יד שמאל.
בצילומי כף יד, חשד לשבר תלישה בצוואר המסרק 2.
בצילומי ברך, אין הדגמה של שבר

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 13:06:22

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
Hand	Rt		CONTUSION
Knee	Li		CONTUSION

הערות	בדיקות/הפניות
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, כף יד ימין (אלכסון + AP)
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
22/08/2025 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה
25/03/2025 - בתוקף עד	הפניה לאבזור / ציוד רפואי-ציוד עזר

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תאונת עבודה (תעודה נוספת)	C00024	27/02/2025	18/03/2025

ד"ר דאיודה איזק
אורתופד מומחה
מ.ר. 182
מ.ר. 108.4

מוזמן למעקב:

על פי צורך

נספח 3 :

פרוטוקול והחלטה נכות צמיתה 10 אחוז

(עמודים 28 עד 34)





דוח ועדה רפואית לתום זמניות

וסנה סטבנוביץ, מספר זהות 326999257

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי חולון	סניף ראשי בת ים	NV-37186-3100	03/02/2026

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
וסנה סטבנוביץ	326999257	14/06/1966	נקבה	יצחק שדה 6 דירה 23, אזור 5801203
טלפון:				
054-8791710				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
11/02/2025	- מעמד תעסוקתי: שכיר מטפלת - תיאור המקרה: חבלה במהלך ירידה באוטובוס הנהג בלם בחוזקה ונפלה. - מהות המקרה: חבלת חזה משמאל, כף יד ימין וחבלת בטן קלה

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
12/02/2025	13/05/2025	91 ימים
תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
14/05/2025	22/05/2025	תום תקופת אי הכושר-ס'92

החלטה אחרונה מתאריך 15/12/2025

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
15.0%	14/05/2025	30/11/2025
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
10.0%	01/12/2025	28/02/2026

נוכחות בדיון

התובעת נכחה בדיון	זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
הקלטת הדיון	הלקוחה הסכימה להקלטה המייצג הסכים להקלטה

משתתפי הוועדה

ד"ר אנטולי פירוצקי
סטפני שטרייטר

כירורגיה אורטופדית
מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו**

לקוח	יח
עורך דין	ממשיכה לסבול בדגש על שורש כף יד ימין - דומיננטית, הופנתה להמשך טיפול ריפוי בעיסוק, מאוד כאובה מתקשה באחיזה והרמה, נפילת חפצים. מבקשים לקבוע בהתאם למגבלות והקושי. ממשיכה לעבוד מתוך התחשבות למרות הקושי. רק מחוסר ברירה ומצוקה כלכלית.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה**הצהרה של וסנה סטבנוביץ**

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר אנטולי פירוצקי, סטפני שטרייטר
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**בדיקה**

כף יד ימין דומיננטית רגישות מעל שורש כף יד בצד רידאלי וולארי גנגליאון (ללא קשר לתאונה נדונה) עם רגישות במישוש, טווח תנועה שורש כף יד הגבלה בסוף כיפוף פלמארי, פאסיבי מלא סימטרי ללא חסר NV בגפה.

הוועדה עיינה במכלול מסמכים רפואיים מעקב ד"ר אלכסנדר 25.12.25 מציין הגבלה קלה בשורש כף יד בדיקה של ד"ר דולב מציין גושים וטווח מלא עם כאבים. US שורש כף יד 11.1.26 אספקט וולארי ממצא יכול להתאים לגנגליאון אי סדירות גרמי גסה שבר? סמוך למפרק תהליך נוזלי גנגליאון, גידים תקינים לא אובחנו גושים או לחץ על עצב מדיאני.

מסקנות

מצבה צמית.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
719.44- כאב במפרק בכף היד	ימין	11/02/2025	קיים קשר סיבתי
922.1- חבלה בדופן בית החזה		11/02/2025	קיים קשר סיבתי



החלטה**קביעת אחוזים רפואיים**

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/03/2026	כאב במפרק בכף היד - ימין	41(10)(ה) הגבלה בתנועות פרק שורש היד עם אפשרות כיפוף גבי של 15 מעלות 10%	10% צמית	- איבר: גף עליון - צד: ימין
מ: 01/03/2026	חבלה בדופן בית החזה	אין נכות	אין נכות	

תקנה 15

בחינת תקנה 15 התייתרה

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
01/03/2026		צמית	10%	10%

■ מ- 01/03/2026 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%

**הצהרה של חברי הועדה**

הצהרה של: ד"ר אנטולי פירוצקי

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר אנטולי פירוצקי מ"ר 1-27670

הצהרה של מזכיר הוועדה: סטפני שטרייטר

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: סטפני שטרייטר



נספח | מסמכי הבקשה

שם המסמך	תאריך המסמך
US, בדיקה על קולית, עם תיעוד תמונות	11/01/2026
ב.רופא בקהילה - כירורגית יד	11/01/2026
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה	25/12/2025
הפניה לפרוצדורה	25/12/2025
מרשם	25/12/2025



נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 36 עד 37)



יפוי כחאני הח"מ, 10/01/2025ת.ז.ח.פ. מס' 326994257, מרחוב יציג שלם 6, א/א

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

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין 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 המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 2 שנה 2025

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: Ves NA X

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	וסנה	32699257
יצחק שדה	6/23	אזור	תעודת זהות
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
			שם האב
			טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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 ומתיר להם בזאת מתן 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 אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

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

תאריך: 24/2/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: Vesna X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) אריאל פרידמן, עו"ד מ.ר. 62254