



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

28 ספטמבר 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 12/2/26
הנפגעת: קורל חזן, ת"ז 315118364

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

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



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. **שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ **מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.**
- ✍ **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".**
- ✍ **אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ **יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.**
- ✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✍ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✍ **באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.**
- ✍ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✍ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

315118364

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
חזן	קורל
מספר אישי בצה"ל	מספר זהות ס"ב 315118364
מין	עיסוק
זכר	שכיר
נקבה	מתנדב
	עצמאי
תאריך לידה	
שנה חודש יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הותיקים	48			פורת	4582000
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
07962075	0556667023	@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום
12/02/2026	12/02/2026
פרטים על הפגיעה	
במהלך משחק ליגה, שחקנית קפצה לכדור, היא התנגשה בי ונחבלתי	

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות כדורגל נשים רעננה (ע"ר)		טלפון			
רחוב/תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
הסנונית		20			רעננה
המקצוע ערב הפגיעה: שחקנית כדורגל					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי			
צה"ל					
שב"ס		טלפון נייד			
משטרה					
משמר הכנסת		מס' פקס			
משמר אזרחי					
אחר					
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד		
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____					
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐					
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.					

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט _____		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן, פרט ☒ לא ☐ בי"ח אסותא. מצ"ב _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבטח בקופ"ח _____ מכבי _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
רצ"ב תיעוד רפואי		

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאב בברך ימין	
הגבלה בתנועות ברך ימין	
חוסר יציבות	
כאבים וצורך בטיפול ומשככי כאבים	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע עורך דין אריאל פרייברג	כתובת דרך אבא הלל 7 רמת גן	טלפון 037412358
---	-------------------------------	--------------------

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
קורל חזן			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הפועלים	קדימה, רחוב המעלית	653	2841999

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 1.9.26 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר !. www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצד ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 1.9.26 חתימת התובע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
12/02/2026 יום חודש שנה	315118364	11
שם פרטי קורל	שם משפחה חזן	חבר בקופת חולים
* ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 1.9.26 חתימת המבוטח x _____



0043145317



142378

קוד הפניה: 479222104

טלפון: 09-8904720

פקס:

כתובת: סשה ארגוב 23, רעננה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 09-7962075

מין: נ

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

לניאדו

(M.R.I) תהודה מגנטית

דברי חיים

42150

09-8604666

תלונות:

שחקנית כדורגל ברעננה
חבלה סיבובית לברך ימין לפני שבועיים (ניתוחים בשתי הברכיים - צולבות ומניסקוסים)
החלה פיזיותרפיה וטיפולים, שיפון חלקי ועדיין עם כאבים
בדיקתה הליכה בדפוס תקין וללא נפיחות או עיוות
רגישות מעל סדק פרקי מדיאלי
מבחנים מניסקאליים חיוביים מדיאלי
טווח מלא וברך יציבה בכל המישורים
סוגר תקין
מופנת לMRI ברך ימין

אבחנה:

• SPRAIN KNEE UNS

בעיות ידועות:

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
- KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (ימין)

שאלה לרדילוג:

קרע מניסקוס מדיאלי? ממצא אחר?

מידע נוסף	פירוט
הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
08/04/2025	10 חודשים	0.84	Creatinine
08/04/2025	10 חודשים	96	eGFR

שם הרופא: ד"ר סגל אוהד

תאריך: 23/02/2026



0043145317



142378

קוד הפניה: 479222104

טלפון: 09-8904720

פקס:

כתובת: סשה ארגוב 23, רעננה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

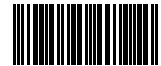
09-7962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

הפניה למכון דימות - M.R.I

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 23/02/2026 עד תאריך - 20/11/2026

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

ד"ר דוד: doctoratzmon@gmail.com
אתר אינטרנט: dratzmon.co.il

טל': 09-979-6666

כתובת המרפאה: מרכז גירון - רחוב ז'בוטינסקי 5, רעננה

ד"ר רן עצמון

מומחה בכירורגיה אורחופדית, פציעות ספורט
וניחות ארתרוסקופיה ושיקום מפרק

- התקדמות השיקום מבוססת על קריטריונים תפקודיים ולא על לוחות זמנים קבועים.
- ההתקדמות לשלב הבא מתאפשרת כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

- יכולת לדרוך על הרגל ללא כאב.
- שחזור טווח תנועה מלא ($0-125^\circ$).
- יכולת לבצע SLR (Straight Leg Raise) ללא "lag".
- יכולת לבצע כפיפות ברך ללא כאב.
- חזרה לדפוס הליכה תקין ללא צליעה.

התוויות לפנייה מיידית לרופא

- חום
- כאב חזק בשוק
- הפרשה מוגברת מהחתך הניתוחי
- כאב שאינו נשלט
- נפוחות משמעותית שאינה מגיבה לטיפול שמרני

הערכה והדרכה טרום ניתוחית על ידי הפיזיותרפיסט

בדיקת שתי הברכיים:

- בדיקת טווחי תנועה אקטיביים ופסיביים
- הערכת הליכה
- בדיקת כוח - מכופפי הירך, מיישרי ומכופפי הברך
- הדרכה לגבי אמצעי זהירות לאחר הניתוח
- תרגול שימוש בקביים טרום הניתוח

פרוטוקול שיקום מדורג

שלב 1: מידי לאחר הניתוח (שבועות 0-2)

מטרות:

- שליטה בכאב ובנפוחות.
- שחזור טווח תנועה מלא לפי כאב
- שיקום כוח השרירים, במיוחד הארבע ראשי.
- שחזור דפוס הליכה תקין.

הנחיות:

- דריכה עם קביים לפי הצורך.
- יש להימנע מפעילויות עם עומס גבוה על הברך, ריצה, קפיצה, סיבוב או פיתול.
- קירור מקומי של הברך למשך 20 דקות, 3-5 פעמים ביום להפחתת נפוחות.

מכון MRI

הנדון: חזן, קורל, ת.ז: 315118364 תאריך לידה: 17/01/1999

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 28/02/2026

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך ימין

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו-PD עם דיכוי שומן ואקסילית PD עם דיכוי שומן. הבדיקה הושוותה לבדיקת MRI קודמת טרום ניתוחית מה-31.8.2019.

התוויה קלינית: חבלה סיבובית.

ממצאים:

הודגמו אותות תקינים ממח העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס. מודגם מצב לאחר שחזור רצועת ה-ACL. הרצועה המשוחזרת מודגמת המשכית ובעמדה תקינה. מודגם רוחב תקין של התעלה הטיביאלית והפמורלית. לא הודגם "ציקלופ" בקדמת המרווח הפירקי. שאר הרצועות וגיד הפופליטאוס מודגמים שמורים. מודגם קרע אלכסוני בשורש האחורי של המניסקוס המדיאלי. קדמית לשורש המניסקוס מודגם שבב מניסקיאל מנותק חלקית בקוטר 7 מ"מ בציר הסגטלי (חתך 14 סדרה 4) ובקוטר 1 ס"מ במישור הקורונלי (חתך 24 סדרה 3). המניסקוס הלטרלי מודגם תקין. המנגנון המיישר מודגם תקין. סחוס הפיקה שמור. הודגם נוזל תוך פירקי בכמות קטנה, ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

לסיכום: קרע מורכב במניסקוס המדיאלי ושינויים פוסט ניתוחיים לאחר שחזור רצועת ה-ACL כמתואר.

בברכה,
ד"ר פרידמן יהודה
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 21558

הוקלד על ידי: טלי יופליס
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה. במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד. בכל נושא אחר, אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00

תעודת זהות: 315118364 תאריך הדפסה: 19/03/2026 עמוד 1 מתוך 2



142378



טלפון: 09-8904720

כתובת: סשה ארגוב 23, רעננה (במרכז המסחרי בקומה 1, במדרגות הנעות יש לפנות ימינה ואז שוב ימינה.)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 09-7962075

מין: ג

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 23/02/2026 בשעה 17:25:03

שחקנית כדורגל ברעננה
חבלה סיבובית לברך ימין לפני שבועיים (ניתוחים בשתי הברכיים - צולבות ומניסקוסים)
החלה פיזיותרפיה וטיפולים, שיפון חלקי ועדיין עם כאבים
בדיקת הליכה בדפוס תקין וללא נפיחות או עיוות
רגישות מעל סדק פרקי מדיאלי
מבחנים מניסקואלים חיוביים מדיאלי
טווח מלא וברך יציבה בכל המישורים
סוגר תקין
מופנת ל-MRI ברך ימין

בביקור בתאריך 24/03/2026 בשעה 09:52:32

קרע מניסקוס מדיאלי, צולבת במראה תקין
דנו בממצאים והאופציות הטיפוליות
ממליץ על מיצוי טיפול שמרני הכולל פיזיותרפיה וזריקות מחליפות ניתוח (ארתרוסקופיה טיפולית) 3 זריקות PRP בהפרש של שבוע בינהן
וזריקה אחת של חומצה היאלורונית

אבחנות:

• SPRAIN KNEE UNS

בעיות ידועות:

- FOOT/ ANKLE SURGERY Right (11/22)
- KNEE ARTHROSCOPY (12/2019) ACL reconstruction. MM suture
- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right (10/22)

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 אפוסטרופוסיו 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.

24/03/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

דוא"ל: doctoratzmon@gmail.com

אתר אינטרנט: dratzmon.co.il

טל': 09-979-6666

כתובת המרפאה: מרכז גידון – רחוב ז'בוטינסקי 5, רעננה

ד"ר רן עצמון

מומחה בכירורגיה אורתופדית, פציעות ספורט
וניתוחי ארתרוסקופיה ושיקום מפרק

- השגת טווח תנועה מלא ללא כאב.
- שחזור דפוס הליכה תקין.
- שיפור כוח השרירים והקואורדינציה.
- שיפור שיווי משקל

הנחיות:

- דריכה מלאה ללא קביים
- יש להימנע מלהפעיל עומס גבוה על הברך, ריצה, קפיצה, סיבוב או פיתול.

תרגילים מומלצים:

- Mini squats, Heel raises, Bridge exercises
- אופניים עם התנגדות עולה.
- שינויי משקל
- עליות מדרגות
- תרגולי יציבות ופרופריוצפציה (Balance exercises), דו-רגלי וחד-רגלי
- חיזוק שרירי הירך בכיפוף, יישור, אבדוקציה ואדוקציה
- מתיחות לשרירי הירך האחוריים ולשוק

יש להימנע מ:

- ריצה וקפיצה בעומס
- ספורט מגע
- תנועות סיבוביות חדות
- תרגול בעומסים כבדים

קריטריונים למעבר לשלב הבא:

- יכולת להניע את הברך בטווח של מלא ללא כאב, יישור מלא
- נפיחות מינימלית
- הליכה ללא צליעה
- יכולת עמידה על רגל אחת לפחות 10 שניות

שלב 3: שיקום מתקדם (שבועות 4-8)

מטרות:

- שיפור כוח השרירים והקואורדינציה
- החזרת יציבות פרופריוצפטיבי.
- חזרה לפעילות גופנית מלאה לרבות ספורט

הנחיות:

- חזרה הדרגתית לפעילות בעלת עומס גבוה כגון ריצה, קפיצה, סיבוב או פיתול.

דוא"ל: doctoratzmon@gmail.com

אתר אינטרנט: dratzmon.co.il

טל': 09-979-6666

כתובת המרפאה: מרכז גידון – רחוב ז'בוטינסקי 5, רעננה

ד"ר רן עצמון

מומחה בכירורגיה אורתופדית, פציעות ספורט
וניתוחי ארתרוסקופיה ושיקום מפרק

- השגת טווח תנועה מלא ללא כאב.
- שחזור דפוס הליכה תקין.
- שיפור כוח השרירים והקואורדינציה.
- שיפור שיווי משקל

הנחיות:

- דריכה מלאה ללא קביים
- יש להימנע מלהפעיל עומס גבוה על הברך, ריצה, קפיצה, סיבוב או פיתול.

תרגילים מומלצים:

- Mini squats, Heel raises, Bridge exercises
- אופניים עם התנגדות עולה.
- שינויי משקל
- עליות מדרגות
- תרגולי יציבות ופרופריוצפציה (Balance exercises), דו-רגלי וחד-רגלי
- חיזוק שרירי הירך בכיפוף, יישור, אבדוקציה ואדוקציה
- מתיחות לשרירי הירך האחוריים ולשוק

יש להימנע מ:

- ריצה וקפיצה בעומס
- ספורט מגע
- תנועות סיבוביות חדות
- תרגול בעומסים כבדים

קריטריונים למעבר לשלב הבא:

- יכולת להניע את הברך בטווח של מלא ללא כאב, יישור מלא
- נפיחות מינימלית
- הליכה ללא צליעה
- יכולת עמידה על רגל אחת לפחות 10 שניות

שלב 3: שיקום מתקדם (שבועות 4-8)

מטרות:

- שיפור כוח השרירים והקואורדינציה
- החזרת יציבות פרופריוצפטיבי.
- חזרה לפעילות גופנית מלאה לרבות ספורט

הנחיות:

- חזרה הדרגתית לפעילות בעלת עומס גבוה כגון ריצה, קפיצה, סיבוב או פיתול.

ד"ר רן עצמון

מומחה בכירורגיה אורתופדית, פציעות ספורט
וניחותי ארתרוסקופיה ושיקום מפרק

טל': 09-979-6666

כתובת המרפאה: מרכז גירון - רחוב ז'בוטינסקי 5, רעננה

דוא"ל: doctoratzmon@gmail.com

אתר אינטרנט: dratzmon.co.il

תרגילים מומלצים:

- Step-downs, Lateral step-ups, Squats
- Stairmaster, או אליפטיקל
- חיזוק שרירי ליבה
- תרגולי יציבות ופרופריוצפציה
- Plyometric exercises, Agility drills

קריטריונים לחזרה לפעילות גופנית מלאה בעצימות גבוהה:

- טווח תנועה מלא ללא כאב
- הליכה תקינה
- כוח שריר 4 ראשי כ 85% לפחות לעומת הצד הבריא
- שליטה טובה בתרגולי יציבות חד-רגליים

הערות חשובות:

- קצב ההתקדמות עשוי להשתנות בין מטופלים
- אין להתקדם שלב ללא עמידה בקריטריונים
- הופעת כאב או נפיחות מחייבת חזרה לשלב הקודם
- פיזיותרפיה מומלצת לשיקום מיטבי
- יש להימנע מהעמסת יתר בשבועות הראשונים.

שאלות נפוצות

שאלות נפוצות

• מתי ניתן לחזור לעבודה או ללימודים?

- עבודה משרדית אפשרית לרוב תוך 3 עד 7 ימים
- עבודה פיזית לרוב לאחר 3 עד 4 שבועות כתלות בתהליך השיקום

• מתי ניתן לנהוג

- כאשר אין שימוש במשככי כאבים ויש שליטה טובה ברגל. לרוב לאחר שבוע או שבועיים

• האם נפיחות תקינה

- כן. נפיחות קלה שכיחה במשך 2 עד 4 שבועות, אם מחמירה, יש לפנות לרופא

• האם יש צורך בפיזיותרפיה

- פיזיותרפיה מומלצת לשיקום מיטבי. במקרים קלים ניתן לשלב תרגול ביתי בפיקוח

• ממה יש להימנע

ריצה, קפיצה, פיבטים וספורט תחרותי עד להשגת יציבות וכוח מספקים

דוא"ל: doctoratzmon@gmail.com
אתר אינטרנט: dratzmon.co.il

טל': 09-979-6666
כתובת המרפאה: מרכז גירון - רחוב ז'בוטינסקי 5, רעננה

ד"ר רן עצמון

מומחה בכירורגיה אורתופדית, פציעות ספורט
וניחותי ארתרוסקופיה ושיקום מפרק

עקרונות כלליים לשיקום לאחר ארתרוסקופי של הברך

(חון קורל) חלקית של המניסקוס, הסרת רקמת צלקת, הוצאת גוף חופשי

צד הניתוח ימין / שמאל

315118364	ת.י.	27.4
17/01/1996		
05:48	29/05/24	
30466322		
אורתופדיה		
אבנאי		ויקטור

תאריך הניתוח _____ מקבע ברך כן / לא סד צירים כן / לא טווח _____

הקדמה

- פרוטוקול זה מיועד למטופלים שעברו ניתוח ארתרוסקופי פשוט של הברך לרבות ניקוי רקמת צלקת עם/בלי מניפולציה לשיפור טווחים, הסרה חלקית של המניסקוס (Meniscectomy), הוצאת גוף חופשי או ניתוח אבחנתי.
- השיקום מבוסס על זמן החלמת הרקמות וקריטריונים תפקודיים המושפעים מחומרת הסימפטומים, גיל המטופל ומצבו התפקודי טרם הניתוח.
- מאחר שלא בוצעה פעולה אקטיבית כגון תפירה של המניסקוס או שחזור רצועות, זמן ההחלמה קצר ומתמקד בחזרה מהירה לתפקוד יום יומי.
- ניתן לקצר את המעבר בין השלבים בצורה במידה והושגו הקריטריונים הדרושים

עקרונות כלליים

- שליטה בכאב ובנפיחות: יש להימנע מהעמסה על הרקמות המתרפאות במהלך שלב הריפוי.
- החזרת טווח תנועה מלא: היעד הראשוני של השיקום לאחר הניתוח.
- שיפור כוח השרירים: חיזוק שריר הארבע-ראשי והמסטרינג לשיפור יציבות דינמית.
- מניעת עומס יתר בשלב מוקדם
- חזרה הדרגתית לפעילות גופנית וספורט: החזרת יציבות פרופריוצפטית ותפקוד יומיומי וחזרה הדרגתית לפעילויות ספורטיביות תוך שמירה על מניעת פציעות חוזרות.

הנחיות כלליות

- הפיזיותרפיסט יעקוב אחר רמות כאב ונפיחות ויתאים את התוכנית בהתאם
- נשיאת משקל תחל מיד לאחר הניתוח עם היעזרות בקביים למשך מספר ימים עד ירידת הנפיחות.
- דגש מוקדם על השגת טווח תנועה מלא ושיפור כוח שרירי הירך
- חזרה הדרגתית לפעילות ספורט מלאה לאחר השגת טווחים וכוח שריר כמפורט בהמשך

- יש להימנע מלהגיה כרית מתחת לברך בזמן מנוחה (ברך ביישור מלא ככל שניתן)

תרגילים מומלצים:

נשיאת משקל:

- לפי סבילות (WBAT – weight bearing as tolerated)
- שימוש בקביים / הליכון משך שלושה ימים עד השגת ביטחון בדריכה ונסיגה בנפיות

- קרח והרמת הרגל
- טווח תנועה מ-0 עד 120 מעלות לפי סבילות
- תרגילי החלקת עקב על המיטה - Heel slides
- כיווצי שריר ארבע ראשי - Quad sets
- מוביליזציה של הפיקה
- הנעת קרסול
- הרמת רגל ישרה SLR
- הליכה עם דגש על יישור הברך בסוף הצע
- אימון הליכה עם קביים.
- אופניים ללא התנגדות.

יש להימנע מ:

- ריצה, קפיצה או פעילות ספורטיבית
- סיבובים חדים או שינויי כיוון מהירים
- כריעה עמוקה עם משקלים
- נשיאת משקל מאומצת לאורך זמן

קריטריונים למעבר לשלב הבא:

- שליטה בכאב (0-1/10)
- שליטה בנפיות.
- יישור מלא של הברך.
- טווח תנועה של 0-120 מעלות
- יכולת להרים רגל ישרה ללא lag
- הליכה ללא החמרת כאב

שלב 2: שיקום מוקדם (שבועות 3-4)

מטרות:

The State of Israel
Samson Assuta Ashdod medical center

Ben-Gurion University of the Negev
Faculty of Health Sciences

7 Harefuah St. Ashdod
7747629

מדינת ישראל
המרכז הרפואי אסותא אשדוד ע"ש סמסון

אסותא
אשדוד

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הבריאות

רח' הרפואה 7, אשדוד
7747629

הזמנה לניתוח 05/05/2026

שם משפחה:	חן	ת. לידה:	17/01/1999	יחידה:	מרפאת ספורט וניתוחים זעיר פולשניים
שם פרטי:	קורל	ת. זהות:	315118364	מנהל/ת יחידה:	פרופ' דרקסלר מיסל
כתובת:	הוותיקים, פורת	מין:	נקבה	מ.ר.	37460
טלפון:	09-7962075	גיל:	27	מספר קבלה למחלקה:	
סוג דם:		מצב משפחתי:			
		שם האב:	יקסור		

מטופל יקר,

הנך מחזמן ל: ניתוח

מתאמת הניתוחים תיאר קשר לתאום הניתוח

יש להצטייד בטופס 17 (למעט מבטחי מכבי אשדוד) - קוד התחייבות:

הנחיות ליום הניתוח:

- הנך מחזמן מספר שעות טרם ביצוע הפעולה בכדי לבצע קבלה רפואית.
- שעת היזמון אינה שעת הניתוח.

יש להעביר את התחייבות (טופס 17) לפקס - 072-3392343 או למייל - orthopedics@assuta.co.il
עליך להביא את המסמכים והפריטים הבאים ליום הניתוח:

- תעודת זהות טלל ספח - לא ניתן להתקבל לניתוח ללא תעודה מזהה!
- חברי מכבי יש להצטייד בתעודה מזהה במסך לנרטיס מגנטי.
- במידה ולמטופל יש אפוסטרופוס יש להצטייד באישורים המתאימים.
- מסמכים רפואיים נוספים, אם ניתן לך על ידי הרופא.
- תשובות מודפסות של בדיקות דם ולא תרביבות, צילומים, הדמיות, א.ק.ג ובדיקות רלונטיות לניתוח.
- דריקים של בדיקות הדמיה.
- טופס 17.
- בביתו/י רחבט - יש להצטייד בטופס 17 (למעט מבטחי מכבי אשדוד) קוד התחייבות: CT - L1039, טומוגרפיה ממוחשבת. נציג ימור
- קשר לתיאום התור.
- תרופות בהן נעשה שימוש באופן קבוע בארזתן המקורית ורשימת תרופות מעודכנת.

ככלל, רצוי להביא עמך את כל המסמכים הרפואיים שברשותך למפגש במרפאה הטרם ניתוחית וכן ביום האשפוז עצמו.

אנא הימנע מהבאת חפצים יקרים ודברי ערך.

טופס זה ממסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד.

ביום הניתוח:

יש להגיע לביה"ח הציבורי אסותא אשדוד, רחוב הרפואה 7, אשדוד.
הקבלה לניתוח מתבצעת במין הכללי בקומה 0.

בברכה,

מתאמת ניתוחי אורתופדיה

ביה"ח אסותא אשדוד ע"ש סמסון

טלפון: 072-3399249, 072-3398512

פקס: 072-3392343

מייל: orthopedics@assuta.co.il

The State of Israel
Samson Assuta Ashdod medical center

Ben-Gurion University of the Negev
Faculty of Health Sciences

7 Harefuah St. Ashdod
7747629

מדינת ישראל
המרכז הרפואי אסותא אשדוד ע"ש סמסון

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הבריאות

רח' הרפואה 7, אשדוד
7747629

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד
אורתופדיה

הופק ע"י ד"ר עצמון רן מ.ר. 123017 10:04 05/05/2026

סיכום ביקור מתאריך 05/05/2026

מראית ספורט וניתוחים זעיר פולשניים
מנהלת פרופ' דרקסלר מיכאל
מ.ר. 37460
מס' ביקור: 35364617
טלפון: 0723398362
פקס:

שם משפחה:	חזן	ת. לידה:	17/01/1999
שם פרטי:	קורל	ת. זהות:	315118364
כתובת:	הוותיקים 48, פורת 4582000	מין:	נקבה
טלפון:	09-7962075	גיל:	27
סוג דם:		מראה:	
מחוז:		שם האב:	ויקטור
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

גורם מממן: מכבי

אבחנת ביקור

Rec	MP	S/P	עיקר	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓	05/05/2026	Right	836.002	Current rupture of MM, Medial Meniscus

תלונה עקרית

ביקור 5/5/2026

ביקור עם פרופסור ראט

בת 27, בריאה בד"כ

כחולגלית מקצועית

ללא אלרגיה

אינה מעשנת

לדבריה, לפני מספר חודשים חבלה סיבבית לברך ימין בזמן משחק כדורגל. לאחר האירוע כאב חד ונפיחות עם הגבלה בטווחים. מאז לא שבה לשחק. ביצעה פיזיותרפיה אינטנסיבית עם שיפור משמעותי. כיום מלינה על קליק פנימי בברך ללא חוסר יציבות. מלינה גם על קליק פטלופמורלי שחולף לאחר הנעה של הפיקה. בעברה שחזור של שתי צולבות דז"צ עם המסטרנגד ותפירת מניסקוס מדיאלי.

בדיקה:

תבנית הליכה תקינה, ברך ימין שקטה למראה, ללא כאב בכריעה, צלקות ניתוחית תקינות.

אוסגוטשלאטר ללא כאב, יציבות שמורה בכל המנחים!

רגישות קלה מעל סדק מדיאלי, מקמורי אדיש

ללא כאב פטלופמורלי

ללא חסר NV

MRI ברך ימין - מצב לאחר שחזור צולבת קדמית, הרצועה המשוחזרת תקינה והמשכית. קרע אלכסוני המערב את שורש המניסקוס המדיאלי, פגיעה סחוסית קלה חשם לפליקה פטלופמורלית

לצין כי לאחר בדיקה חזרת עם פרופסור ראט, סיכוי נמוך שמדובר בעירוב של השורש.

לסיכום - האוסבר כי לאור הסימפטומים וממצאי ההדמיה והבדיקה הקלינית מומלץ על ניתוח לטיפול במניסקוס, האוסבר כי במידת האפשר המניסקוס יתפר ובמידת הצורך יהיה תיקון של השורש. רק במידה והקדע אינו בר תיקון אז תבוצע הטריה חלקית של המניסקוס. כמו כן, תבוצע הסרה של הפליקה והצקת במידה ותמצה כמו כן, האוסבר כי מטרת הניתוח היא טיפול בקליקים ונעילות, יתכן כי לאור הפגיעה הסחוסית האב ישאר בחלקו האוסבר על מהלך הניתוח לרבות זיהום, הידבקויות, כשלון ניתוח, צורך בניתוח חוזר, פגיעה טירוסקולרית, היווצרות קריש ותסחיף, הצטלקות במפרק וקליקים, תסמונת מדור וכיו, האוסבר על תקופת השיקום השונה לכל פרוצדורה לרבות חצי שנה של שיקום טרם חזרה לספורט במידה ויהיה תיקון של השורש. כמו כן מקבע בברך. המטופלת הבינה ומעוניינת בניתוח

המלצות:

תור לניתוח

יש להביא קביום או הליסן ליום הניתוח

פיזיותרפיה טרם הניתוח ולאחריו, לשיפור טווחי הברך וחיוזן מייצבי הברך

יש להביר מקבע בברך לניתוח

ד"ר גיא מורג
מומחה לכירורגיה אורטופדית
רשיון מס. 31446 רשיון מומחה 20559

שם פרטי: קורל	שם משפחה: חזן	ת.ז./מספר מזהה: 315118364
גיל: 27.2	טלפון נייד: 0556667023	
חברת ביטוח:	קופ"ח:	

תאריך: 06/04/2026 שעה: 16:45

תלונה עיקרית:

בת 27, בריאה בדר"כ
 6.4.2026 - ב- 2018 עברה שחזור צולבת קדמית ברך שמאל וב- 2019 ארטרוסקופיה ומניסקטומיה מדיאלית חלקית ברך שמאל
 בסוף אוקטובר 2019 עברה שחזור צולבת קדמית ברך ימין בעזרת המסטרינגס עצמוני ותפירת מניסקוס פנימי בעזרת 2 עוגני TRUESPAN
 חזרה לפעילות מלאה
 לפני כחודש חבלה סיבובית ברך ימין, כאב ומעט נפיחות
 החלה פיזיותרפיה
 עברה בירור כולל MRI
 חזרה לריצות בקו ישר, מרגישה יותר טוב
 יש מעט כאב בשינויי כיוון ותחושה של תקיעות קטנות

בדיקה גופנית:

6.4.2026 - ברך ימין- טווח מלא, 4 ראשי טוב, ברך יציבה, אין נפיחות, יש מעט רגישות מדיאלית אחורית אפלי בספק, מקמורי עם קליק קטן
 ב- MRI- הצולבת תקינה
 יש קרע קטן בקרן האחורית של המניסקוס המדיאלי עם FLAP שהתהפך
 קיבלה הסבר
 ממליץ ארטרוסקופיה לטיפול במניסקוס
 קיבלה סהבר על הניתוח וזמני ההחלמה
 יכולה בינתיים להמשיך טיפוי שמרני ולנסות לחזור לפעילות במידה וחשה בטוב

סכום והמלצות:

- 1- רשאית חזרה הדרגתית לפעילות מלאה כולל מגע ומשחק בחודש וחצי הקרובים
- 2- ממליץ ארטרוסקופיה לברך ימין לטיפול במניסקוס
- 3- במידה ומעוניינת בניתוח תתאם מול לירן 0523340055
- 4- בינתיים פיזיותרפיה

הוראות להמשך: לתיאום ניתוח יש לתאם עם לירן 0523340055

בברכה,
 ד"ר גיא מורג
 מומחה לאורתופדיה

ד"ר גיא מורג
 מנהל שירות יחידת הספורט
 מ.ר. 31446 מ.ר.ת 20559
 החטיבה אורתופדית
 המרכז הרפואי תל אביב

גיל: 27.3

שם רופא/ה: ד"ר עצמון רן

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

19667379

מספר ביקור:

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	21:05:18 29/04/2026 קיבלת את המסמכים הבאים:

תלונות: כדורגלנית מקצועית, לדבריה לפני מספר חודשים חבלה סיבובית לברך ימין, לאחר האירוע כאב חד ונפיחות קלה עם הגבלה בטווחים. מאז לא שבה לשחק. ביצעה פיזיותרפיה אינטנסיבית מאז. עתה מלינה על קליק פנימי בברך ימין ללא חוסר יציבות. בעברה שחזור שתי צולבות דו"צ עם המסטרינג ותפירת מניסקוס מדיאלי מימין. בדיקה - תבנית הליכה תקינה, ברך ימין שקטה למראה, ללא כאב בכריעה, צלקות ניתוחיות תקינות, אוסגוטשלאטר ללא כאב, יציבות שמורה בכל המנחים! רגישות קלה מעל סדק בינמפרקי מדיאלי, מקמורי אדיש ללא כאב פטלופמורלי

MRI ברך ימין - מצב לאחר שחזור צולבת קדמי, הצולבת תקינה והמשכית. קרע אלכסוני אשר מערב את שורש המניסקוס המדיאלי האחורי, פגיעה סחוסית קלה לאור הפגיעה בשורש המניסקוס וגילה הצעיר והרצון למנוע שחיקה עתידית ממליץ על ניתוח לתיקון שורש המניסקוס המטופלת מעוניינת לחשוב על כך המלצות:

תור למרפאות חוץ טרם ניתוח בבית החולים אסותא אשדוד
המלצה להימנע מכריעה עמוקה ותנועה סיבובית בברך
המשך פיזיותרפיה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
Root tear		Lt	TEAR OF MEDIAL MENISCUS OF KNEE

הערות	בדיקות/הפניות
26/10/2026 - בתוקף עד	מרפאות חוץ: בדיקת רופא

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



034832



ד"ר אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

טלפון: 09-7962075

מין: נ

ת.לידה: 17/01/1999



0315118364

מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
ויקטור	שכיר	כ	מועדון כדורגל נשים רעננה	שחקנית כדורגל
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
12/02/2026	20:00	משחק כדורגל		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
ברך ימין	ד"ר אילת לוי שח	26/02/2026		

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

בביקור בתאריך 09/04/2026 בשעה 15:19:26
נפצעה לאחרונה בברך ימין
בוצע MRI - קרע במינסקוס בעבר תפירה של קרע לפני 6 שנים
היתה אצל אורטופד ד"ר סגל ברעננה
המליץ זריקות PRP
תפקודית במצב טוב בשיקום שמרני חודשיים
התיעצה עם המנתח בעבר - ד"ר מורג - לא המליץ על זריקות. המליץ על טיפול שמרני
ומעקב ארתרוסקופי במידת הצורך.

בביקור בתאריך 10/05/2026 בשעה 17:29:33

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 10/05/2026 בשעה 17:29:33

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

MRI

בתאריך: 28/02/2026

הממצא: קרע מינסקוס

אבחנה:

• TEAR OF MENISCUS OF KNEE Right

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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



דר' אילת לוי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 09-8992822

פקס: 09-8992823

כתובת: המיסדים 41, אבן יהודה (קניון קולנוע לב אבן יהודה, קומת כניסה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 315118364

שם פרטי: קורל

שם משפחה: חזן

טל.עבודה/נייד: 0556667023

09-7962075

טלפון:

מין: נ

17/01/1999

ת.לידה:



מיקוד 4582000

הותיקים 48, פורת

כתובת:

0315118364

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

במשך: 90 ימים, היינו מיום: 12/02/2026 עד יום: 12/05/2026 (בכלל)

10/05/2026

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.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטן יירשמו פרטיו)

שם משפחה 158 שם פרטי הר תעודת זהות 315114364 שם האב _____
רחוב 717 מסי 48 עיר ירושלם מיקוד _____ טלפון _____

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וחיה חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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: _____ מסי חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מסי אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 1.11.20 עד לחתימה ומסי ת.ז. עו"ד אריאל מדינברג חתימה: _____ X
מסי רשיון: 2254

לפני כח

אני הח"מ, _____
 ת.ז. מס' _____
 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג לחיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____
 בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי
 הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל
 בקשר לענין הנ"ל וחובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולתגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חידועה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצת לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הני"ל, לרבות תוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הני"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני דו"שם חקיקאות, במשרדי ספרי אחרון, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה תמוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאחוזי גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י חוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מתן לעייד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

חמילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולחיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 11 שנה 2022

חתימה: X HA

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עורך דין~~
עורך דין