

י"ג כסלו תשפ"ב, 17/11/2021 החלטה
בקשה 6 בתיק 13477-04-20
שו' קובי אסולין

לתיקיית כתבי טענות.

*** נחתם דיגיטלית ***

הודעה לצד שלישי

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672

התובעת:

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מר' אבא הלל 7, רמת גן
טל. 03-7412358 פקס. 077-3180983

-נגד-

1. "קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות-דרכים, 500500376 הנתבעת:

ע"י ב"כ עו"ד אילן חגי
ואו עו"ד רחל ליבוביץ ואו עו"ד
שרית גנות ואו עו"ד רבקה שטרן
מר' ז'בוטינסקי 33, רמת גן 52511
מגדלי התאומים 1, קומה 2
טל. 03-5759090 פקס. 03-5759091
דוא"ל: office@ilanhagai.co.il

2. הראל חברה לביטוח בע"מ, 520004078

ע"י ב"כ עו"ד צבי יעקובוביץ ואח'
מר' תובל 11, רמת גן 5252226
טל. 03-7511120 פקס. 03-7522206
דוא"ל: main@ykb-law.co.il



שולחת ההודעה
לצד שלישי:

"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות-דרכים

ואו עו"ד רחל ליבוביץ ואו עו"ד
שרית גנות ואו עו"ד רבקה שטרן
מר' ז'בוטינסקי 33, רמת גן 52511
מגדלי התאומים 1, קומה 2
טל. 03-5759090 פקס. 03-5759091
דוא"ל: office@ilanhagai.co.il

-נגד-

דן תחבורה ציבורית בע"מ, 570012377

הצד השלישי:

משד' שאול המלך 39, תל-אביב

סוג התביעה ונושאה : 149 – פיצוי לנפגעי תאונות דרכים (פלת"ד)

הסעד המבוקש : פיצויים לנפגעי תאונות דרכים

סכום אגרת בית המשפט : 710 ₪ לפי תקנה 5 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007

הליך נוסף בקשר למסכת העובדתית דומה ששולחת ההודעה צד לו או היתה צד לו : אין

הזמנה לדין

הואיל ו"קרנית" – קרן לפיצוי נפגע תאונות דרכים הגישה הודעה לצד שלישי נגדך, הינך מוזמן להגיש כתב הגנה להודעה לצד שלישי בתוך שישים ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגיש כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018, תהיה ל"קרנית" – הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

תיאור תמציתי של בעלי הדין

1. התובעת הגישה, בין היתר, כנגד הנתבעת (1) (להלן: "קרנית") תובענה לתשלום פיצויים בגין פציעתה, לטענתה, בתאונת-דרכים שארעה לה ביום 27.01.2019 עת נפגעה מאוטובוס שהיה בבעלות ו/או בחזקת ו/או בשימוש הצד השלישי.
2. "קרנית" (היא גם שולחת ההודעה לצד שלישי) הינה קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים אשר הוקמה עפ"י חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975 (להלן: "החוק").
3. הנתבעת (2) הינה מי שנטען כי ביטחה את השימוש ברכב הנטען למעורב בתאונה.

הסעד המבוקש באופן תמציתי

4. ההודעה לצד שלישי הינה תביעת חזרה של "קרנית" כנגד הצד השלישי מכוח סעיף 9 לחוק.
5. "קרנית" תטען כי במידה ותחוייב, חרף טענותיה, לשאת בפיצוי התובעת, הרי שהיא זכאית לחזור לצד השלישי ולתבוע ממנו לשפוחה כדי מלוא סכום הנזקים שתחוייב לשלם לתובעת בצרף ריבית, הפרשי הצמדה, הוצאות ושכ"ט עו"ד. כן "קרנית" תהא זכאית לחזור לצד השלישי ולתבוע ממנו, בגין מלוא הסכומים אותם שילמה ו/או תשלם למוסד לביטוח לאומי ו/או לקופת חולים ו/או לבית חולים ו/או לכל מיטיב ו/או לכל גורם אחר, וכן את הוצאותיה בגין התביעה ובגין הודעה זו, לרבות שכ"ט עו"ד, תשלומים נלווים, והפרשי ריבית והצמדה בגין התביעה ובגין הודעה זו.



תמצית העובדות הנחוצות לביסוס עילת התביעה

6. התובעת הגישה, בין היתר, כנגד הנתבעת תובענה לתשלום פיצויי נזיקין בגין פציעתה, לטענתה, בתאונת-דרכים שארעה ביום 27.01.2019, בה היה מעורב אוטובוס שהיה בבעלות ו/או בחזקת ו/או בשימוש הצד השלישי (להלן: "הרכב").

*** העתק מכתב התביעה המתוקן, מצ"ב ומסומן "א".

7. "קרנית" מכחישה בכתב-הגנתה, בין היתר, את כל טענות התובעת הנוגעות לחבותה לפצותה, וטוענת כלפיה, בין היתר, כי אין לה כל עילת תביעה ו/או זכאות כלשהי כלפי "קרנית" עפ"י הוראות חוק הפיצויים לנפגעי תאונות-דרכים, התשל"ה-1975 (להלן: "החוק"), הכל כמפורט בכתב ההגנה מטעם "קרנית".

*** העתק כתב ההגנה המתוקן מטעם "קרנית", מצ"ב ומסומן "ב".

8. ואולם, במידה ו"קרנית" תחוייב, חרף טענותיה, לשאת בפיצוי התובעת, טוענת "קרנית" כי היא זכאית לחזור לצד השלישי, ולתבוע ממנו לשפוחה כדי מלוא סכום הנזקים שתחוייב לשלם לתובעת בצרף ריבית, הפרשי הצמדה, הוצאות ושכ"ט עו"ד. כן "קרנית" תהא זכאית לחזור לצד השלישי ולתבוע ממנו בגין מלוא הסכומים אותם שילמה ו/או תשלם למוסד לביטוח לאומי ו/או לקופת חולים ו/או לבית חולים ו/או לכל מיטיב ו/או לכל גורם אחר, וכן את הוצאותיה בגין התביעה ובגין הודעה זו.

הודעה זו, לרבות שכ"ט עו"ד, תשלומים נלווים, והפרשי ריבית והצמדה בגין התביעה ובגין הודעה זו.

9. "קרנית" תטען כי העדר הכיסוי הביטוחי ו/או עצם חיובה לשאת בפיצוי התובעת, אירעו ונבעו, בין היתר, כתוצאה מכך שהצד השלישי, בהיותו בעל הרכב ו/או המחזיק כדין ברכב, - התיר לנהוג ו/או להשתמש ברכב, כשאין לו ביטוח לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), תש"ל-1970 (להלן: "פקודת הביטוח") ו/או כשהביטוח שהיה לא כיסה את השימוש בו ו/או תוך הפרת פקודת התעבורה (נוסח חדש), תשכ"א-1961, ו/או תוך הפרת חוק העונשין, תשל"ז-1977, ו/או תוך הפרת הדין ו/או ללא רישיון נהיגה תקף כדין. לפיכך, ובהתאם לסעיף 9 לחוק, מוקנית ל"קרנית" זכות חזרה על צד שלישי.

10. עוד ולחלופין, "קרנית" תטען כי העדר הכיסוי הביטוחי, ו/או עצם חיובה לשאת בפיצוי התובעת, אירעו ונבעו עקב מעשים ו/או מחדלים ו/או היפר חובות חקוקות מצד הצד השלישי שהביאו ו/או גרמו לנהיגה מחוסרת ביטוח מלכתחילה ו/או לפגיעתה ו/או לאי חלוקתה של פוליסת הביטוח.

"קרנית" תוסיף ותטען כי הצד השלישי אשר היו אמון על נושא כלי הרכב והביטוח והתרת השימוש בהם, תוך שהיתה לו שליטה על הפעלת הרכב, והיה עליו לדאוג לפוליסת ביטוח כדין לרכב, הפר, בין היתר, את הוראות הדין ו/או את הוראות פקודת הביטוח ו/או את הוראות פקודת התעבורה (נוסח חדש), תשכ"א-1961, ו/או את הוראות תקנות התעבורה, תשכ"א-1961. לפיכך, ובהתאם לסעיף 9 לחוק, מוקנית ל"קרנית" זכות חזרה כלפי הצד השלישי.

11. בהתאם לסעיף 9 לחוק, זכאית "קרנית" לחזור על הצד השלישי ולתבוע, והיא אכן חוזרת ותובעת, ממנו לשפותה במלוא סכום הנזקים שהיא תחוייב, אם תחוייב, לשלם לתובעת, כולל ריבית, הפרשי הצמדה, שכ"ט עו"ד ומע"מ, וכן במלוא הסכומים אותם שילמה ו/או תשלם למוסד לביטוח לאומי ו/או לקופת חולים ו/או לבית חולים ו/או לכל מיטיב ו/או לגורמים אחרים, וכן את הוצאות "קרנית" בתביעה ובהודעה זו, לרבות שכ"ט עו"ד, תשלומים נלווים, והפרשי ריבית והצמדה בגין התביעה ובגין הודעה זו.



12. כל האמור והנטען בהודעה לצד שלישי זו, לא ייחשב כהודאה כלשהי בטענות המפורטות בכתב התביעה, ויש לראות את האמור והנטען בהודעה זו כחילופי לאמור והנטען ע"י "קרנית" בכתב הגנתה, וכבעל נפקות ותוקף משפטיים רק במידה ותדחנה טענותיה לעניין העדר החבות מצידה.

13. אם ברצון הצד השלישי לחלוק על תביעת התובעת או על ההודעה לצד שלישי זו, עליך להגיש כתב הגנה תוך 60 יום מיום המצאת הודעה זו, שאם לא כן יראו אותך כמודה בתובענות אלה.

חגי אילן
אילן חגי, עו"ד
ב"כ "קרנית"
שולחת ההודעה
לצדדים שלישיים

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: כתב תביעה מתוקן (עמודים 6 עד 9)	6
נספח 2: נספחים לכתב תביעה (עמודים 11 עד 62)	11
נספח 3: כתב הגנה מתוקן (עמודים 64 עד 69)	64



נספח 1 :

כתב תביעה מתוקן



(עמודים 6 עד 9)

כתב תביעה מתוקן

התובעת:

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672
מרחוב חרות 22, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 7412358 - 03, פקס: 3180983 - 077

- נגד -

הנתבעות:

1. קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
באמצעות ב"כ עו"ד אילן חגי ואח'
מרחוב זבוטינסקי 33, רמת גן
טל': 03-5759090; פקס: 03-5759091

2. הראל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן

מהות התביעה:

נזיקין - נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה - 1975.

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה - עד גובה סמכות בית המשפט

1. הנתבעת 1 הינה קרן סטטוטורית שתפקידה לפצות נפגעי תאונות דרכים ואחראית לפיצוי התובעת מכח סעיף 12 לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים.
2. הנתבעת 2 הינה חברה ביטוח הרשומה כחוק בישראל ובכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו ביטחה את האוטובסים של חברת "דן".
3. ביום 27.1.19 רכבה התובעת על אופניה בדרכה לעבודה. בסביבות השעה 10:00 או בסמוך לכך, בדרך מנחם בגין בתל אביב, נפגעה התובעת מאוטובוס והיא נפלה ונחבלה (להלן: "התאונה").
4. יצויין כי נהג האוטובוס עצר לסייע אך לא השאיר לתובעת את פרטיו. התובעת פנתה הן באמצעות המשטרה, עירייה וגופים רלוונטיים נוספים והן באמצעות המדיה החברתית במטרה לאתר את זהות הרכב הפוגע אך פניותיה אלה לא נשאו פרי.
5. מבירור עם עד ראיה, מר דור דוידסון, אשר נסע באוטובוס אשר פגע בתובעת עלה כי במועד האירוע היה נוסע לעבודה בקווים שמספרם: 52, 57, 160, 54, 63. כל אלה הינם קווי חברת "דן" המבוטחים ע"י הנתבעת 2.

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "1" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות לאורך זרוע ימין, בשורש כף יד ימין ובמרפק ימין. בדיקת הדמיה אשר כוונה לכף יד ימין הדגימה שבר אלכסוני במסרק אצבעות 4 – 5 עם תזוזה. התובעת שוחררה לביתה כשידה נתונה במתלה ובסד גבס בהמלצה להמשך מעקב רפואי בשאלה לניתוח, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב דו"ח שחרור רפואי, מסומן "2 - 6" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

7. התובעת הופנתה לביצוע בדיקת CT אשר הדגימה כדלקמן: "קו שבר בחלקו הדיסטלי של המסרק הרביעי – שבר אלכסוני באספקט הדורסלי של העצם הנמשך עד מעט מעל המשטח הפרקי. בנוסף נראה שבר המתחיל ממרכז המטאקרפוס החמישי ונמשך דיסטלית לאיזור חלקה המקורב יותר של העצם ללא מעורבות משטח מפרקי". לאחר התייעצות הוחלט על המשך טיפול שמרני, יד מורמת, המשך מעקב רפואי במרפאת כף יד ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודות מסומנות "7 – 10" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת מרפאות החוץ של בית החולים. התובעת התלוננה על תחושה של רדימות באצבעותיה ונמצא כי הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, הגבס הוחלף והוחלט על גיבוס לחודש נוסף. כן, הופנתה התובעת לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, כמו גם מנוחה בת חודשיים נוספים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "11 – 16" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

9. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, אך המשיכה לסבול מרדימות באצבעות 4-5 והוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי וביצוע בדיקת EMG.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "17 – 37" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

10. בעקבות התאונה פנתה התובעת בתביעה לתשלום דמי פגיעה והכרה בתאונה כתאונת עבודה, התאונה הוכרה כתאונת עבודה. בהמשך פנתה התובעת בתביעה לקביעת דרגת נכות למוסד לביטוח לאומי.

11. ועדה רפואית אשר בדקה את התובעת ביום 1.1.20 קבעה נכויות זמניות כדלקמן:

א. 30% מיום 29.4.19 ועד ליום 31.8.19.

ב. 20% מיום 1.9.19 ועד ליום 31.12.19.

ג. 10% מיום 1.1.20 ועד ליום 31.3.20.

12. ועדה רפואית אשר התכנסה ביום 11.3.20 קבעה את נכותה של התובעת בשיעור של 10% לצמיתות לפי סעיף ליקוי 35(1)ב, וזאת, החל מיום 1.4.20.

רצ"ב אישור הכרה, פרוטוקולי הועדות הרפואיות והחלטותיהן, מסומנים "38 – 48" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים ומהגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, מהירדמות באצבעות וחולשה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה ובאחיזת הפצים, קושי בביצוע פעולות הדורשות תנועות ידיים עדינות, מכאבים עזים, קושי בהירדמות ובשינה רציפה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובעת מעצבת גרפית בעיסוקה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בביצוע פעולות ידניות עדינות ומדוייקות, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

15. מחמת התאונה ותוצאותיה, ובשים לב לאופי פגיעתה, מתקשה התובעת בהתניידות באמצעות אופניים והיא נזקקת להוצאות מוגברות בגין הסעות מיוחדות ומוניות והיא תיזקק להם גם בעתיד.

16. מאז התאונה מוגבלת התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

17. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | | |
|---|--|-----------|
| 1 | הפסדי השתכרות בעבר - | ₪ 135,000 |
| 2 | עזרת הזולת בעבר - | ₪ 22,000 |
| 3 | הוצאות רפואיות ופארא רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר - | ₪ 6,500 |
| 4 | הוצאות בגין נסיעות וניידות - | ₪ 18,350 |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות 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 ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.



18. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
19. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובעת מכוח חובתה החוקית כמפורט לעיל.
20. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
21. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעות.
22. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעות לדין ולחייבן לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית 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



נספח 2 :

נספחים לכתב תביעה



(עמודים 11 עד 62)

טופס מידע על נתוני ת"ק תאונת דרכים

פרטים כלליים	
יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא
תאריך	28/01/2019 כ"ב שבט תשע"ט 11:00
מס' תיק מסוף	0 - 2019 - 1456 - 2008
טלפון	03-6802222
כנונית	אמץ 2, תל אביב
נשא המסמך	
מספר תיק פלא	2019
סיווג וזיק	ת.ד.
מס' מסמך בתיק	ב
פקס	03-6803607
מייל	sohanim.telaviv@police.gov.il

457-7000

1. תאריך התאונה: 27/01/2019 בשעה 10:00
2. מקום התאונה: תל אביב - יפו, רחוב דרך בגין, בכביש עירוני
הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	פרטי/חברתי	תוצר רכב
ללא מספר	(אופניים) במערכת ת.ד		
חברת ביטוח	סוג ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אין ביטוח			אחר
שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג			
כתובת	קופ"ח / בית חולים	תזמורת הפגיעה	

פרטי המספר		סוג רכב		מספר רכב	
סוג לוחית		מספר פוליסה		מספר רכב	
ישראלית		מספר פוליסה		מספר רכב	
שנת לידה		שם		מספר רכב	
19/09/1993		אילנה אנדריאנוב		מספר רכב	
חומרת הפגיעה		קופ"ח / בית הדין		מספר רכב	
		הדסה עירונ - איכילוב		מספר רכב	

4. פרטי הולכי רגל.
5. כמות נפגעים: 1

פרטי המספר החדש		שם משפחה		שם פרטי	
מ"א	ל'				חעם
957464	ל'				

פרטי השוטף המוסר				
מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי	
957464	רב	לוי	משה	נעים

משטרת ישראל
29-01-2019
חקירות 104

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סורסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

שחרור רפואי

שם יחידה: מיון אורתופדי	מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אתנות אחראית: נטע גלעם נגרי
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ז.: 346000672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם מממן: ללא קופ"ח	כתובת: חרונו 22 רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 27/01/2019 10:42 מספר מקרה: 11843700

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה
שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

תלונה עיקרית

רוכבת אופניים שמדרסה ע"י אורטובוס
חבלת יד ימין
לא מחוסנת נגד טטנוס

מצב טוב

יציבה המדינמי, נירולוגי, נשימתי
נפוחות ורגישות-כף יד אמה ומרפק ימין כולל שיפשוף עור בכף יד-קבלה טוקסויד

לבדיקה מיון אורטופדי

אבחנות במיון

- ACCIDENT - BICYCLIST (E819.6)
- SHOULDER AND UPPER ARM INJURY (Right) (959.2)

לא ידועה רגישות לתרופות

יעוצים

מבקש היעוץ: דר' דרמן אלכסנדר מ.ר. 25790

מועד הבקשה: 27/01/2019 11:07

מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי

תאריך ביקור מתוכנן: 27/01/2019

הגדרת הבעיה: ת.אופניים
חבלת יד ימין

נרשם ע"י חטיב סלאח

בת 25, בריאה בד"כ, ללא רגישות ידועות לתרופות
מחוסנת לטטנוס,
יד ימין דומננטית

ביום קבלתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתור רוכבת אופניים מול אוטובוס, פגע בה מהצד

ונפלה על יד ימין. שוללת חבלת ראש או חבלות נוספות.

בבדיקתה-

נפוחות שפשוטים והמטומה באצבעות 4+5 יד ימין, נפוחות בדורסום כף היד אספקט אנלרי.
הגבלה אנטלגית בניסיון כיפוף ויישור אקטיבי ב-MCPJ ו-PIPJ, כיפוף ויישור מלא פסיבית.
רגישות במישוש מסרק 4+5, רגישות גליל מקורב PIPJ אצבע 5,
ללא סיזורינג

ללא רגישות או הגבלה בשאר האצבעות

ללא רגישות גרמית בשורש כף היד, טווחי תנועה מלאים
תחושה שמורה מילוי קפלרי תקין.

בצילום- שבר אלכסוני מסרק אצבע 4+5 עם תזוזה

במיין- הושמה בסד גבס ULNAR GUTTER ב- INTRINSIC PLUS
הוזמן CT כף יד ימין להערכת הצורך בניתוח

בצילום ביקורת ללא שינוי
כרטיה יועברו לח כף יד להחלטה על המשך הטיפול
המלצות בשחרור
הוצג לדר בן שבת
חתימה:

מדדים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:52 27/01/2019	125 / 82	83

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	רופק	סטורציה באוויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	חטינה	תפקודי קרישה
12:43 27/01/2019	בוצע	בוצע

ביצוע תרופות

צורת מימן ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg	27/01/2019 10:52	Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg
0.5 ml	27/01/2019 11:28	Once	BOOSTRIX (DTP vaccine) 0.5 ml
TAB 1000 mg	27/01/2019 11:28	Once	ACAMOL TAB 500MG TAB 1000 mg

סיכום

XXX

המלצות כלליות

המלצה: דיקה אורתופד מיין-המלצות במכתבו המצורף:
שיכון כאב לפי הצורך.
יד במתלה.
בהחמרה לפנות לרופא.
אין להרטיב את הגבס.
אם זקוקה לטיפול ניתוחי ♦ תור ייקבע בהקדם על ידי יחידת כף יד.
חופשת מחלה: 14 ימים.

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 346000672	מקרה:	מחלקה: מיון אורתופדי
---------------------	----------------	-------	----------------------

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
לשם סמדר מ.ר. 9412	אחות משחררת	27/01/2019 13:56

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר זרמן אלכסנדר מ.ר. 25790	רופאה משחררת	27/01/2019 11:06

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.

טל 036974000 ←
מאחורי
בטל

בדיקת ית ילד
בדיקת ילד ילד

ד"ר זרמן אלכסנדר מ.ר.
מט. 25790-1
החתימה והאישור חתום





המחלקה לרדיולוגיה אבחנותית-הדמיה

מ"ח:

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה
סרגיי
מ.ז.מ.
25
34800067-2
27.01.19
מין אבולנט
מין אבולנט
מקרה: 11843700
מרכז רפואי ת"א

1. מסי ת"י
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מסי אישי
6. שם האב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. מדש / חוזר

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נמילה
☐ בחריין
☒ חמצן
משכה / משקפיים
ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת-החוליה

החוליה: ☐ מתחלק ☐ בנסא נלגלים ☐ באלונקה ☐ במיטה

RA

פרטים קליניים:

הבדיקה הדרושה:

רשימת ל:

תאריך:

שם הטכנאי המבצע

: 30/90; 35/35; 30/40; 24/30; 18/24; 13/18;

שימוש בסרימה

תאריך בצוע הבדיקה

: 30/90; 35/35; 30/40; 24/30; 18/24; 13/18;

סרטים מקולקלים



מק"ט - 450414586



שחרור רפואי

שם יחידה: מיין אורתופדי	מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית: נטע גלעם נגר
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ד.: 34600672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם מממן: ללא קופ"ח	כתובת: חרות 22-פרטי, רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 30/01/2019 12:03 מספר מקרה: 11846035

סיום טיפול במל"ד: שחרור

שעת הודעה למחלקה

מועבר למחלקה

שעת העברה למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

תלונה עיקרית

כאבים באצבעות

אבחנות במיין

- CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED (Right) (815.00)

מחלה נוכחית

בת 25, בריאה בד"כ

לא נוטל תרופות באופן קבוע



27/01/2019 - רוכבת אופניים שמדרסה ע"י אורטובוס חבלת יד ימין, בצילום שבר אלכסוני מסרק אצבע 4+5 עם תזוזה, הושמה בסד גבס Ulnar Gutter ב Intrinsic plus. בצילום ביקורת ללא שינוי. (לדברי המטופלת ללא צורך בניתוח).

CT - כף יד נראה קו שבר בחלקו הדיסטלי של המסרק הרביעי. השבר היוו שבר אלכסוני באספקט הדורסלי של העצם ונמשך עד מעט מעל המשטח הפרקי אך אין ראיות מעורבות מפרקית ברורה בנוסף נראה שבר המתחיל ממרכז המטאקרפוס החמישי ונמשך דיסטליה לאיזור חלקה המקורב יותר של העצם ללא מעורבות משטח מפרקי אין ראיות שברים בעצמות הקרפליים אין ראיות שברים ברדיוס הדיסטלי ובאולנה הדיסטליה רועם למנה מעט נמוך של האולנה מעט הסננה בהיקף הרקמות הרכות בכף היד. סד גבס.

פרטיה הועברו ליח' כף יד - הוחלט על המשך מעקב, טיפול שמרני

יום טרם קבלתה, אצבעות רדומות וכאבים ונפיחות באצבעות ללא שיפור תחת משככי כאבים.

30.1.19 - בבדיקה במיין לאחר הסרת סד - המטומה ונפיחות יד ימין

ללא סיזורינג

צילומי ביקורת - בהתייעצות עם ד"ר אטלן - שבר MC5 - מתאים להמשך טיפול שמרני

משותרת בהמלצות הבאות:

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

מוניטור

דופק	לחץ דם	תאריך ושעה
71	126 / 75	12:14 30/01/2019

8

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 348000672	מקרה :	מחלקה: מיון אורתופדי
---------------------	----------------	--------	----------------------

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
12:14 30/01/2019	126 / 75	71

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
12:14 30/01/2019	126 / 75	71

ביצוע תרופות

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg	30/01/2019 12:14 כהן חן	Once	P.O. OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים
מעקב רופא מטפל
יד מורמת
מעקב מרפאת כף יד עוד שבועיים במוסדנו (036974000) או בקופ"ח
בכל החרמה לשוב למזון
חופשת מחלה: 6 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
פרץ אליהו	אחות משחררת	30/01/2019 14:09

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
שרמן חגי מ.ר. 114787	רופאה משחררת	30/01/2019 14:08

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.



המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בית:

הזמנה לבדיקות במערכת ההדמיה

אנדריאנוב אילנה
25 סרגי
34600067-2 מ.ז.
30.01.19 יום ארסוס
מק ארסוס
118480035 מקרה:
חוראות חרטטנו
מרכז רפואי ת"א

1. מסי ת"ז
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מסי אישי
6. שם חאב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. חדש / חודש

☐ ביוור מנע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חפצו
מסכה / משקפיים
ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקה חרטטנית / במיטת חחולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ נכסא גלגלים ☐ באלוקה ☐ במיטה ☐

פרטים קליניים:

35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100

הבדיקה הדרושה:

AP+LAT

רעיון ל:

מח"א
חתימת הרופא: **ד"ר רבאב נעאמנה**
סטאזיריה לרפואה

תאריך:

שם הסוכאי המכשיר

שימוש בסרטים: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

תאריך בצוע הבדיקה

סרטים מקולקלים: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:



מק"ט - 450414596





המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בית:

חזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה
 25 סרג'י
 34600067-2 מ.ז.
 30.01.19 מין ארטופד
 11848035 מקרה:
 מרכז רפואי ת"א

חזראות הרנטגנוגריות

1. מסי תיז
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מסי אישי
6. שם חאב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. חדש/חוזר

☐ בדיד מנע
☐ סכנת נדולה
☐ בהריון
☐ חמצן
☐ טסקה / טסקיים
☐ ריפון

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטות החוליה

החולה: ☐ מתהלך ☐ נכסא ☐ נלגלים ☐ כאליוקה ☐ במיטה

פרטים קליניים:

445 3/3

הבדיקה הדרושה:

רשימת ל:

תאריך:

הא כתב את
 22.01.27

שם הטכנאי המבצע

שימוש בסרטים

: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

תאריך בצוע הבדיקה

סרטים מקולקלים

: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:



מק"ט - 450414586

בוצע





סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ד.: 346000672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם מממן: ללא קופ"ח	כתובת: חרות 22-פרטי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך: 06/02/2019 שעה: 08:24 מספר ביקור: 36752674

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19 הגיעה לביקורת הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, מדווחת על רדימות אצבעות הגבס הוחלף קלינית - ללא רושם לרוטציה בצילום - עמדה מתקבלת המלצות: המשך גיבוס חודש נוסף משככי כאבים לפי הצורך בקורת עוד חודש להסרת הגבס נא לשריין תור לפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק סמוך לאחר הבקורת חופשת מחלה חודשיים נוספים

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

חתימה: _____

ד"ר רוזנבלט ישי מ.ר. 31413

מכתב נחתם ע"י:

א.ו. סגנית נאמל בא"ח
סלעי משה מ.ר. 12797
החתימה חתומה
ב-19/02/2019

06.02.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22-פרטי
רמת גן 5254130

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גבי אנדריאנוב אילנה 2-34600067 מוזמן/ת ביום יום רביעי 06.03.2019 לשעה 11:45 ל-מרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג

כמות

1

לבדיקות:

1.9249 בדיקת רופא אורתופד - ב

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וציילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודת זהות

לתשומת לבך:

ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד

טלפון מס': 03-6974000

פקס' מס': 03-6973740

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

זערות:

1. ייתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 283 ש"ח מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם- בימי חול מהשעה 07:00 ועד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר בשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר מקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת וטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות כתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
7. וטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
8. תשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות המבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.
9. ידיעתך: קיים חוב בסך 664.00 ILS בגין שירותים שקבלת במוסדנו מידה והסדרת את חובך נא לראות הודעה זאת כמבוטלת

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

(MICHAELM1

תאריך ושעת הדפסה: 06/03/2019 13:33
חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Bachler School of Medicine



מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסגרת לפקולטת לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: ד"ר סלע משה מר. 12797	אחראי: ד"ר סלע
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ר:
שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ה.ח. 346000678
תאריך לידה: 19/08/1983	גובה: 1.75	סלולר: 054-5931113
חיון: נקי	גודל נשמת: 1.50 ק"מ	כתובת: חרות 22 פרט רמת גן 6254130

כתובת ביקור - תאריך: 06/03/2019 שעה: 11:45 מספר ביקור: 36341591

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

הנזמאפליה חשה כאב: לא

סיכום זריין

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהיסטוריה של נזמאפליה, מדווחת על רגישות אצלעות
הגבס הוויילי
קלנית - ללא רגישות לרגישות
בצילום - עמדה מתחבלת

8.3.19

בבדיקה:
ללא סימנים רגישות מסרקים
מגיעה אצלעות חששות אצלעות 5
מסיבות מניעה כמעט למול עם כאב
שמונה VN

באלום: סימני אחיז לא מלאים

המלצות:
בא רחוקה לזרועות רפואי בעיסוק הפעלה אקטיבית וקטניות נזמאפליה עד כאב
חפשות מחלה חודשיים
אין לבצע מאמצים עם היד
ביקורת בעד חודש וחצי
הפניה למחנה
מפנה למחנה: לא

מכתב נחתם ע"י: ד"ר איגנר גלעד מר. 1117611

ד"ר איגנר גלעד
מ.ר. 1117611
המחלקה לרפואת ילדים
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

14

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated to Tel Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality of Tel Aviv-Yafo
6 Weizmann St., Tel-Aviv 6023906
Tel: 03-6974444



מרכז הרפואי תל-אביב
המרכז הרפואי תל-אביב
ממלא לטקס ע"ש מרדכי
באיווריסט תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
יחידת 5 תל-אביב 6423905
טל 03-6974444

06.03.2019

למבד
אנדריאנוב אילנה
חלות 22-9871
רמת גן 5254130

מ.א. 2.1

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מח/גב' אנדריאנוב אילנה 34600067-2 מוזמן/ת ביום יום רביעי 17.04.2019 לשעה 13:35 למרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי שומת קרקע אגף ג

כמות
1

לבדיקות - בדיקת רופא אורתופד - ב

19249 שעת הויכוח הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד/י להציג: הכנייה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות

וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודת מזהה

לתשומת לבך:

ללא סידור כספי לא נופל לקבלת

הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד

טלפונים לבדורים: טלפון מס': 03-6974000

פקס מס': 03-6973740

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא תוודענו בהקדם האפשרי

הערות:

1. ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 285 ש"ח. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשד התחבורה, זכאי לחניה חינם- בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן לקבלת הטבה הצד/י תו נכה בתוקף בהגיע למרפאה
 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרור לפגיעה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מחפרעות ביציבות או נעור במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
 3. המרפאה הינה כבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לריפא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
 4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בדך. תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 5. להימנע מלהגיע לביתה"ח עם חפצי ערך.
 6. אפליקציות ניווט להולכי רגל בבית החולים נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. תפש "איכילוב" כחנות האפליקציות. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
- לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טובש התחייבות מהמבטח וחויב/י בתשלום או בהוצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

(TATTANAM)

תחום: רפואת משפחה
מספר רשיון: 27363
כתובת: דרך אבא הלל 77
טלפון: 03-7535300
מדינת ישראל: מערב
תחנת דן 9"ת

תאריך: 19/03/2019

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל:	אנדריאנוב אילנה	מספר זהות:	00-3460067-2	גיל:	25.06	מין:	נ	ת. לידה:	19/09/1993	סרגיי	שם האב:
שם משפחה ושם פרטי:		מס. בית:	0	טלפון:	54 - 5931113	טלפון:		טלפון:		טלפון:	
ישוב:		רחוב:		מס. בית:		טלפון:		טלפון:		טלפון:	

תאריך וזמנה: 27/01/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם הרופא המטפל: ד"ר גורביץ

אבחנות:	קיד:	אבחנות:
CONTUSION OF RT HAND		
CLOSED FRACTURE METACARPAL BONES 4-5		
INJURIES	1/50	

טיפול הנוכחי:

כתוצאה מהסגירת המוצהרת ע"י הנ"ל

אין להחיל חסימת לעיסוק בעבודתו ואף לא בעבודה אחרת

מיום: 07/03/2019 עד יום: 05/05/2019 (כולל) סה"כ: 60 ימים

19/03/2019

19/03/2019

נ. גורביץ

תאריך מוען התעודה

ד"ר אירנה גורביץ

החתימה והחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

חותמת הרופא

הזכות לגמלה נקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למסד לביטוח הלאומי בלבד

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה *** המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***
תאריך: 19/03/2019 מספר זהות: 00-3460067-2 שם המטופל: ד"ר אירנה גורביץ

16

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה
כל השדות - שדות חובה!

ההזמנה מופנית ☐ רנטגן כללי ☐ (כולל שיקוף - IVP) ☐ CT ☐ US ☐ MRI מופס נפרד		שם החולה: _____ תעודת זהות: _____ שם אביו: _____ חתן: _____ תאריך: _____ סלפון: _____
--	--	--

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע: ☐ בית ☐ במחלקת האשפוז (ניידות)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ בלוט ☐ חושש	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא	☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?	☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

החתימה והחותמת: _____ טלפון / ביפר: _____ תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיסקורי כליות: _____ BUN _____ או _____ CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא

האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא

אסטמה? ☐ כן ☐ לא

אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא

סכרת מטופלת בגלוקוסאז? ☐ כן ☐ לא

* אם כן איזה וכמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מוגשם או חסר הכרה חובה להוריד עם סופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפת הביצוע והראות ביצוע:

סרטים: _____ 13/18 _____ 18/24 _____ 24/30 _____ 35/43 _____ 810 _____ ליזר _____ אחר _____

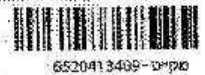
תקופת מסך: _____

מקולקלים: _____

ח. ניגוד: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגסאי: _____ חתימה: _____



17

תאריך: 08/04/2019

סיכום טיפול

פרטי המטופל	00-34600067-2	25.06	19/09/1993	סרגי
אנדריאנוב אילנה	שם משפחה ושם פרטי	גיל	ת. לידה	שם האב
רמת גן	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון ניסוף
22 /			54 -5931113	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 190503812 מספר זיהוי הפניה: 33224161603

תאריך הפניה: 03/03/2019

סוג הביקורים לסדרת: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אירנה גורביץ' רשיון רופא: 27363

מרפאה: מרפאת מערב

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

אבחנה	איפיון	קוד	צד
closed fracture metacarpal bones 4-5			ימין

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
FRACTURE METACARPALS CLOSED	8150	ימין

תאריך תחילת טיפול: 10/03/2019 תאריך סיום טיפול: 08/04/2019

מס' ביקורים בפועל: 5
מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשוני- בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הדרכה ויישום (לאורך חיים בריא)
2	הדרכה לתרגול בבית

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

דף 1 מ 2

08/04/2019

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ברוך טלי 00-34600067-2

סיכום טיפול

אנדריאנוב אילנה

18

מאגרים:			
א'יבר	ע'ד	ד'רוג ב'עת	ד'רוג ב'עת
פ'ת'חת ה'ס'יד'רה		ט'ג'רת ה'ס'יד'רה	
ל'א ר'לו'נ'ט'י			

ה'ע'רו'ת ל'ה'ע'ר'כת ה'מ'ט'פ'ל: ת'א'ר'י'כ'י ט'י'פ'ול: 25.03.18.03.14.03

ה'ע'ר'כת מ'ט'פ'ל: 1-ש'י'פ'ור מ'ל'א

ה'ע'רו'ת: ת'ל'ו'נה ע'ל ה'ר'ד'מ'ות כ'פ'ות י'ד'ים ב'ש'י'נה -נ'ש'ל'ח'ה ל'ב'ר'ור

ה'מ'ט'ו'פ'ל ב'י'ק'ר ב'מ'כ'ן ב'ת'א'ר'י'כ'ים: 08/04/2019
10/03/2019

מ'ט'ו'פ'ל מ'כ'ן ע'י'ד'ת'ו'מ'ת ח'ר'ול ר'ב
ט'ג'רת מ'כ'ן ע'י'ד'ת'ו'מ'ת ח'ר'ול ר'ב
ט'ג'רת מ'כ'ן ע'י'ד'ת'ו'מ'ת ח'ר'ול ר'ב
ט'ג'רת מ'כ'ן ע'י'ד'ת'ו'מ'ת ח'ר'ול ר'ב

ח'ת'י'מ'ה ח'ו'ל'מ'ת

ב'ר'ז'ילי ט'לי

ש'ם מ'ט'פ'ל



ס'י'כ'ו'ס ט'י'פ'ול
א'נ'ד'ר'י'א'מ'ב א'יל'נה
ה'מ'ס'מ'ך מ'כ'יל מ'י'ד'ע מ'ו'ג'ן ע'ל-פ'י ח'ו'ק ה'ג'נ'ת ה'פ'ר'ט'י'ו'ת
ד'ף 2 מ' 2
08/04/2019
ה'ז'ד'פ'ס ע'י' ב'ר'ז'ילי ט'לי
00-34600067-2

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מעולה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסגרת לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלמי משת מר. 12797	אחראי: אהרון חזקוני
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ד.: 348008672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם הפסג: כללית	כתובת: חרות 22 פרס רמת גן 5254139

נתוני ביקור - תאריך: 17/04/2019 שעה: 11:35 מספר ביקור: 35986783

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת חשה/ה כאב: לא

סיכום ודין

הנ"ל לאחר שבחים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19 הגיעה לביקורת הגבס בהיראקסטנציה מוגברת, מדווחת על רדימות אצבעות הגבס הוחלף קלינית - ללא רגישות לרנטגן בצילום - עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:
ללא סימני רגישות מסרקים
מניעה אצבעות נוקשות אצבע 5
פסיבית מניעה כמעט למלא עם כאב
שמונה VN

בצלום סימני אידוי לא מלאים

17.4.19
מתלוננת על רדימות בכפות ידים דו צד יותר מימין
אצבעות 1-5 לעיתים מקרינים עד המרפק
קיבלה זימן ל-EMC

בבדיקה:
ללא סימני רגישות
טווח אקטיבי מלא
ללא רגישות מסרקים
שמונה MV

בצלום אידוי מלא של מסרק 4 מסרק 5 אידוי כמעט מלא

המלצות:
המשך עבודה על חיזוק ושימור טווחי תנועה

10

שם אילנה מורדאנוב	ת"ז 346000672	מסלול קריאה אינטגרלית	מודר רפואי
-------------------	---------------	-----------------------	------------

תופשת מחלה חודשיים
ביקצות בעוד חודשיים
הפניה לניתוח
מפנה לניתוח לא

מכתב נחתם ע"י: דר' איזנברג גלעד מ.ב. 1117611

1987-1988



21

new to me

שם הנכס	ד"ר פנחס כול
תחום	אזורי צד מזרח ומזרח מרפא
מספר רישון	84237
כתובת	הרצל 34, רמת גן
טלפון	03-6752800
פקס	03-6752801
מסמך/הוצאה	מרכז לרפואה ילדים - רמת גן

19/05/2019 7:14PM

0910 0547

פארשטייט זיך

פרטי המטופל		אנדריאנוב אילנה		שם משפחה ושם פרטי	
תאריך לידה	19/09/1993	גיל	25.08	מס תעודת זהות	00-34500067-2
שם האב	הורג'י	מין	נ	מס חירום	22
שם האם	19/09/1993	מס חירום	54	רמת גן	5931113
שם האב	הורג'י	מס חירום	54	רחוב	5931113
שם האם	19/09/1993	מס חירום	54	קליפס	5931113
שם האב	הורג'י	מס חירום	54	קליפס	5931113
שם האם	19/09/1993	מס חירום	54	קליפס	5931113

כ"מ ע"ב



2723 47



מספר חשבונית



לכבוד: EMG ד"ר מ'לי

אברהם משה

	NON	FIP
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		7
noid bñ cts		

תלונות מצב לאחר שבר מטרקיום 4-5 כף יד ימין בחודש ימנר, לאחר מכן טופלה בפזיטרופת.
מצינת ארבעים של המהל באצבעות כפות הידיים הימני.
EMG חדיש CTS קל הימני

ממאנים בבדיקה כמות דיים לא דילדול שררם, טיטל קרפיל שליט, טיטל גוון שלילי, טיטל קובסילי שליט, פאלן לא ברור לאור תלמנת על ירידה בתחושה אצבע 5, עמל"ל לא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועת, תחושה וסת גם שטורם דיים שנים דגם

EMG גפים עליונות כולל בשאלה של דיסקולופטיה לאחר קליניקה אשר אינה תואמת ל-CTS מסורתית והפנייה:

84237
JUL 17 1968
JUL 17 1968

ד"ר פנחס סגל

$$\frac{1}{2} \log \frac{1}{2} + \frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$$

החומר מופץ מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

2017-01-01

15/05/2019

צ"ע ר"ד פונעם סגל

00-34600067-2

727°N 233N°E 733N

IMG_0002.jpg

3/4/2019

11

מרכז לרפואה יעוצת - רמת גן
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא: ד"ר פנחס סגל
מזהים: אורחופד סמכות נמנהל מרפאה
מזהים: 84237
מזהים: הרצל 34, רמת גן
טלפון: 03-6752800
פקס: 03-6752801
מזהים: מרכז לרפואה יעוצת - רמת גן

25/06/2019 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	00-34600067-2	25.09	נ	19/09/1993	סרגיי
אנדריאנוב אילנה	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	22	54 - 5531113	טלפון	סלפון סספי	
רמת גן	מס בית	תחנת	רחוב		

32021346024

מספר הפניה:

טרם שולח



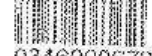
2021

מספר הפניה



032021346024

תז. בבדיק



0346000672

רשימת רופא



084237

ביום הבדיקה, נא לשנות למשרד מנחם הרנסון והדימות ב - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לבדיקת הבדיקה.
נא להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד:
אם התר בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליו לידוע את הרופא המפנה לבדיקה שם הצוות המכונן במכון הרנסון והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין מור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לצרכי: מכון דימות

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואה	קוד	קוד	שירות
10404002	73073	73073	שירות
			שירות



החולה מתארת על
חלומות/ סיבה הפניה מתאריך 19/05/2019
מצב לאחר שבר מספרים 4-5 כף יד ימין בחודש קודם, לאחר חכן טופלה
בפיזיותרפיה.
תוצאות ארועים של סמול באצבעות כפות הידיים ד"ר.
EMG תוצאות CTS קל ד"ר
25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד אצבעות המלץ CT קי יד בשאלה של אחי חשברים ורופא
דעיטוק
תשובת EMG תוצאות רדיקולופתיה מאפרת כף יד C4-5 C8-D1

במצבים עיקריים
בדיקה נוספת מתאריך 19/05/2019
כפות ידיים ללא דלדול שרירים, טיול קרפלי שלילי, טיול גזון שלילי, טיול
קובסלי שלילי.
פאל לא ברור לאחר חלומות על יריחו בוחשה אכבע 5
עמול'ע, ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הנבלה בתנועות, תחושה וכו' גם
שמונים בדידים שונים ד"ר.
25/06/2019
ללא שינוי

2 סקו

דף 1 מ 2

המסמך מביא מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות**
25/06/2019 הרופא ע"י ד"ר פנחס סגל 00-34600067-2

הפניה לדימות
אנדריאנוב אילנה

23

אבחנה מסומנת	קוד	אופיין	אבחנה
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	7		
mild bil cts			
susp cervicalgia			

הרפואות שהופקו ב 19/05/2019
מספר בקשה
25/06/2019

דין/תוכנית טיפולית

מטרת הבדיקה: מכון קר יד ימין בשאלה של איתו השברים?

CREATININE: 0.72 מתאריך 11/03/2019

84237

ד"ר פנחס סגל

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה והתקפות הרופא

ב/פ ד"ר סגל, ביטול, שינוי מועד החג' יש לצייין בפני סניג השירות את מספר ההפניה הרשום בעלה.



2. סגל
המסמך הכולל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
הפניה לרפואת
אנדוקרינולוג אילנה
00-34680067-2 הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל
25/06/2019
דף 2 מ 2

<https://mail.google.com/mail/u/0/?zx=vfcdcbl8'e#inbox/WhotKJVJkwNjLVhssGPvJNVFLQdNbmMfDbgnRKRJrGMTNbnVpwWKnCRrCVcDbanq...> 1/

7/2/81 10:23 11-4137

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"מ סניאס
מוסנק לפקודסה לרפואה ע"מ סנקלר
באורגניסמט תל-אביב

מס' תיק	12797	תאריך קבלת התיק	17/07/03
שם הנתבע	המנהל הכללי של משרד המשפטים	שם התביעה	מנהל הכללי של משרד המשפטים
שם התביעה	מנהל הכללי של משרד המשפטים	מס' תיק	03-6974000

שם השכירה: אדוניאנוב	מס' פיקוס: 25	תאריך: 34566672
תאריך לידה: 19/09/1933	מס' תעודת זהות: 25	מס' תעודת זהות: 34566672
מס' תעודת זהות: 34566672	מס' תעודת זהות: 34566672	מס' תעודת זהות: 34566672

נתוני ביקור - תאריך : 19/06/2019 שעה : 14:27 מספר ביקור : 37142274

לא ידועה ראיית לתרופה

1807

המטופל/ת חש/ה כאב. לא

שְׁמִי בְּיָדָם

הנ"ל לאחר שבררם במספרים 4+5 ונמסר 27.1.10
הענינו לביקורת
הגבס בה"פרוקססנטניה מוגברת, מדווחת על רדימת אצליות
הגבס הנחלף
קלינית- ללא רגשות לרעיון
ביצוע- עמדה מתקבלת

6.3.19

הקדמה

ללא סתירה רישות מסתתרת
מיעוט אצבעות נקשיות אצבע 6
סטיבית מיעוט כמעט למלא עם כאב
שמונה VN

בצלום סימני איומי לא מלאים:

17.4.19

מחלונות על ידימות בכפוף ימים דעו יותר מיין
אצבעות 5-6 ימים מקריים ער המרפק
רובע זמן לEMC

נבדיקה

ללא סחרינו

טעגלעך אקטײַב ווילא

ז'לא רגישות נוסרקיט

שמות

בציורם איתו מלא של מסור, 4 מסור, 5 איתו מלא

19.6.19

מחלוקת על כאבים לסירוגין

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated to Tel Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Ministry of Health
6 Masarim St., Tel Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



סניף ישראלי
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
סניף לניהול מרכז הרפואי ע"ש סוראסקי
כאמבריסט תל-אביב
עודית תל-אביב יפו
רחובות 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

19.06.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22-פרטי
רמת גן 5254130

א.ג.ג.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מ/ר גב' אנדריאנוב אילנה 2-34600067 מיומן/ת ביום יום רביעי 21.08.2019
לשעה 10:35 ל-מרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג

כמות
1

לבדיקות: 19249
בדיקת רופא אורתופד - ב
שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות
וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים. יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך:
ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפון מס': 03-6974000
פקס' מס': 074-7219810
במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי



הערות:
ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 283 ש"ח
1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מחשעה
16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מחשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר
ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה
2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה
(במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או געור
במקל או הליכון). חובה להגיע למרכז הרפואי עם מלווה
3. המרפאה הינה בבנין ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות. אין התחייבות לקבלת
לרופא מקצועי ספציפי. הנותן שירות במרפאה.
4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת
סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי כך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6. אפליקציות ניווט להולכי רגל בבית החולים נלווה אותך בהנחיות קוליות
וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
7. ניתן לפנות בדואר אלקטרוני ככתובת: orl-c@tlvmc.gov.il
מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות
מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהוצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות תוך

(MICHAEL)

27

שם: אילנה אוריאטוב	ת"ז: 348000672	פקדה:	מחלקת: מרפאת שיניים
--------------------	----------------	-------	---------------------

בבקשה ימין מליים בסימול אצבעות 1-5 דוא

בבדיקה:
דורקן שלילי טייל חיובי
פאלן חיובי
טנח אקטיבית מלא ללא סיזוינג
שמורה IV
טייל חיובי במרפק מבחן מרפק טילי
ללא דילדול

-EMG
ימן 4.1 AMP 9.1
שמאל 4.1 AMP 9.8
CV 45154 ימן
CV 56148 שמאל

המלצות:
CT קר די ימן- בשאלה של חיבור שברים
רפוי בעיסוק בקופסה- עיסויים אמבטיות פראפין הנשך המעלה
ביקורת בעוד חודשיים
הפניה לכיתומ
מופנה לפתוח: לא

מכתב נחתם ע"י: דר' אינגברג גלעד חג. 1117611



21

מרכז הרצל
מחלקת נגיף ומחלות

שם הרופא: ד"ר פנחס סגל
התנע: אורחוסר מומחה נגיף ומחלות
מספר רשיון: 84237
כתובת: הרצל 34, רמת גן
טלפון: 03-6752800
פקס: 03-6752801
מרכז הרצל - מרכז לרפואה יעוצת - רמת גן מחוז דן-פ"ת

25/06/2019

תאריך

נופס בקשה

פרטי המטופל	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
שם משפחה ושם פרטי	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
רמת גן	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
ישוב	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
רחוב	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
מס בית	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
טלפון	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י
טלפון מסר	00-34600067-2	25.06	19/05/1993	סרג"י

גרם שולה



2021

מספר רשיון



0346000672

מספר רשיון



084237

לכבוד: רופא בעיסוק

אבחנה משוערת

אבחנה	אפיין	קוד
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		7
mild bil cts		
susp cervicalgia		

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מטרקום 4-5 כף יד ימין בתורש ימאר, לאחר מכן נופלה
בפזיטרפיה
מצינת ארועים של נפול באנכמות כשה הימים דו"צ
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד אימילוב המלך CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי
בעיסוק
תשובת EMG חוזר הדגים דיקולופטיה צארית כרנית C4-5 C6-D1

ממצאים בבדיקה: 15/06/2019
כפות ידיות ללא דילדזה שריחים, טינל קרפלי שלילי, טינל טיין שלילי, טינל
קוביטלי שלילי
פאלן לא כרוך לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5
עמשי"ל ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלת בתנועות, תחושה נכח גם
שמורים בידים שונים דו"צ
25/06/2019
ללא שינוי

ההפנית שהופקו ב 19/05/2019
נופס בקשה
25/06/2019

רמן/תגנית סיפולית

דף 1 מ 2

המסמך נכיל מידע חוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

25/06/2019

00-34600067-2 תורפס ע"י ד"ר פנחס סגל

אנדריאנוב אילנה

29



מטרת ההפגנה: לבקשת ממשלה כף יד להפעלה כולל פארקים

84237

מספר דש"א

ד"ר פנחס סגל



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מבין על-פי חוק הגנת הפרטיות

26/06/2019

הדפסת ע"י ד"ר פנחס סגל

00-34830067-2

טופס בקשה

אנדריאנוב אילנה

<https://mail.google.com/mail/u/0/?zx=vfcddcibli8je#inbox/WhctKJVJkwNjLVhssGPvJNVFLQdN6mMIIDbgnRKRJrGMTIHNBvPwWKnCRrCVcDbsnq...> 1/1

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תאריך הדפסה: 31 יולי, 2019

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: אנדריאנוב, אילנה
תאריך בדיקה: 11/07/2019
כתובת: רמת גן, חרות
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: אק
ת.ז.: 346000672
טלפון: 054 - 5931113
רופא מפנה/מטפל: סגל כנחס

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

לחן ממציא סריקה טומוגרפית ממוחשבת של כף יד ימין:

סיבת ההפניה: מעקב לאחר שבר.

מודגמים שברים ישנים במסרקים 4 ו-5 מימין.
על פי הזמן שעבר מהשבר (במכתב ההפניה בחודש ינואר 2019) - מדובר באיחוי חלקי של השבר.
ככל הנראה מדובר במליוניון (MALUNION), אשר בולט יותר במסרק 5 מאשר במסרק 4 - להמשך בירור אורטופדי.
פרט לכך, ללא שברים בולטים.
עצמות שורש כף יד ותעצמות הקרפלויות במראה תקין, ללא שבר או סימני AVN.



לסיכום:

MALUNION במסרקים 4 ו-5 כמתואר - להמשך בירור אורטופדי.

בתודה עבור הפניית הנבדק/ת
ובברכה,

ד"ר מקסים סקסונוב
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 113884 מ.ר.מ. 34362

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1





31

מחלת 100 שנה
בקרוב יחגגו 100 שנה להקמת מדינת ישראל

שם הרופא: ד"ר (רופא) אורן רודיק
תחום: אורתופדיה
מספר רישיון: 96864
כתובת: אבן גבירול 124
טלפון: 03-7622300
פקס: 03-7622304
מחוזות: א
מדינה: מרכז מקצועי - תל אביב

תאריך: 01/09/2019
14:47

הפניה כללית

פרטי המטופל	00-34600067-2	25.11	1	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	אנדריאנוב אילנה	גיל	מין	ת.לדה	שם האב
מס זהות	22	54	5931113	טלפון	טלפון נוסף
תחנת	רחוב	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית
רמת גן	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב

מספר הפניה ישירה: 33288085398



לכבוד: EMG

שירות שבבחר

שירות	רפואי	תיאור רפואי	קוד	קוד
56016		אלקטרומיוגרפיה EMG	95861	56016

אבחנה משוערת

אבחנה	אבחנה
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	אבחנה
mild bil cts	אבחנה
susp cervicgia	אבחנה



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019
מצב לאחר שבר מטרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפזיטרפיה.
מצייתת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ.
25/06/2019
בבדיקה מאפרת כף יד איזולציה הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי והשברים גריפי כניסוק.
חשבת EMG חזר הדגים רדיולופטיה צוארית כרובית C4-5 C8-D1.
01/09/2019
שבר מטרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2018, טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מכאבים, בעיקר באיזור מטרק 5 הכאב בהפעלות עומס.
נימול כפות ידיים דו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד, מפיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיסוף מרפק.

דף 1 מ 2

המסמך מביל גורע מוגן על-ידי חוק הגנת הפרטיות

01/09/2019 תורפס ע"י ד"ר (רופא) אורן רודיק 00-34600067-2

הפניה כללית

אנדריאנוב אילנה

6df's0000

6102/2/E

32

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 25/06/2019
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019
כפות ידיים ללא זיזות/שרירים, טיגל קרפלי שלילי, טיגל גיון שלילי, טיגל
קוביטלי שלילי.
פאלק לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עממי"צ ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה נכונה גם
שמורים בידיים שאינם ד.צ.
25/06/2019
ללא שינוי.
01/09/2019

דין/תוכנית טיפולית

דין/תוכנית טיפולית מתאריך 25/06/2019
ההפניות שהופקו ב 19/05/2019
טופס בקשה
25/06/2019
ההפניות שהופקו ב 25/08/2019
הפניה לדימות - CT גפה עליונה, טופס בקשה - לבקשת מומחה
כף יד להפעלה כולל
01/09/2019
המטח שימוש בסדי לילה שורש יד
ביקורת 3 חודשים עם EMG חדש



תוצאות מחזורי הרופא

מטרת ההפניה: סד ליישור מרפק, סד מנחה לשעות הלילה דוג

96864

מספר רשיון

ד"ר (רופא) אורן רוזיק

שם הרופא



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

העניין כללי - נוסח חפשי

01/09/2019

הדפיס ע"י ד"ר (רופא) אורן רוזיק

00-34800067-2

אנדראוב אילנה

MP-200008

61027

33

☆ כוללת 100 שנה
מזל טוב לזוג

שם הרופא	ד"ר (רופא) אורי רודיק
נחום	אורחופדיה
מספר רשיון	96864
כתובת	אבן גבירל, 124
טלפון	03-7622300
פקס	03-7622304
מרפאה/מגדל/המאה	מרכז מקצועי - תל אביב

01/09/2019 תאריך
14:48

הפגיה כללית

פרטי המטופל	00-34600067-2	25.11	19/09/1993	סרגיי
אנדריאנוב אילנה	עם זכות	גיל	תולדה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי		מין		
רמת גן	מס' בית	22	5931113	54
ישוב	רחוב	חנות	טלפון	טלפון נוסף

075 072
3288

מספר הפרסום
033288085399

33288085399
7722 111
0346000672

מספר הפרדה:
מספר רישוי
096864

לְכַבֵּד: רִיפּוּי בַעֲסוֹקָה

שירות שנבחר	קוד	קוד
שירות משנה "ב"	81001	97003
ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תוכנית טיפול - מבוגרים		
רפואי	81001	81001
שירות		

OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		אבחנה משוערת
מדידה	אבחנה משוערת	אבחנה משוערת
mild bil cts		7
susd cervicalgia		



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 25/06/2019
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 19/05/2019
מצב לאחר שבר מסרק 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר. לאחר מכן טופלה בפיזיותרפיה.
מציגת אדמנים של כיוול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG חדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד אצילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
חשובת EMG חוזר חדגים רדיקולופסיה צווארית כרונית C4-5 C6-D1
01/09/2019
שבר מסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019. טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מאדמנים, בעיקר באיזור מסרק 5. האכזב בהפעלת עומס.
כיוול כפות ידיים דו"צ מאוחרת תקופה. כולל את כל אצבעות כף היד.
מוסיף לאורך כל שנות היממה בעיקר בזמן כיוול מיוסף מרפק.

221 BT

ההוספת מיל' מידע טובן על-פי חוק הגנת הפרטיות

01/09/2019 חודש ע"ד (רומא) אורן רודיק 00-34600067-2

7.000

הפניה כללית

25N7T3N אילנה

- 44 -

שם הרופא
תחום
מספר רישון
כתובת
טלפון
עסק
גרמניה/הנדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב

01/09/2019 תאריך

הפניה כללית - גוסס חופשי

פרטי המטופל		שם משפחה ושם פרטי		אגדריאנוב אילנה	
מס זהות	00-34600067-2	מס בית	22	רחוב	
גיל	25.11	ת לידה	19/09/1993	טלפון	54-5931113
מין	2	שם האב	סרגיי	טלפון מספר	
רמת גן		ירושלם		חירות	

מחיר שולח
3288

033286085400

0346000672

מספר רישוי
096864

לְבַלְבֵּל: מִן הַחֶמֶץ הַזֶּה

תאריך: 11/11/2019

OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		IPDN	7
mild bil cts			
susp cervicalgia			

742173

תלומת: סיבת הפניה מתאריך: 25/06/2019
תלומת: סיבת הפניה מתאריך: 19/05/2019
מצב לאחר שבו מטרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן סופלה הפיזיותרפיה.
מציית ארעיים של כושר באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד איטלוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים ורפוי בעיסוק
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופסיה צווארית כרונית C4-5 C6-D1
01/09/2019
שבר מסרק 4-5 כף יד ימין ב 01/2019, סופלה בסד בזה למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מכאבים, בעיקר באיזור מסרק 5. הכאב בהפעלת עומס.
יחמל כפות ידיים ודו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד.
סופיע לאחר כל שעות היממה בעיקר בזמן כיופוף מרשף.
בבדיקה - ספילוג תקין.
סיל שלילי קוביטלי,
שגרש יד - סיל חיובי שמאל, שלילי ימין, דורקן שלילי דו"צ, פאלן חיובי דו"צ.
ללא דלדול, כח גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא חיכוך.
השלמים CT כף יד - רושם לחיבור של השברים.
EMG 19.5.19
מדיאג ימין SAP 3.8 ML 4.1
מדיאג שמאל SAP 3.9 ML 4.1
אולטרס 45 ימין CV 48

2021

המסמך חסיל מידע במגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לל"א - נוסח חופשי

01/09/2019

00-34600087-2 הודפס ע"ד ר"ר (רמפא) אהרן רודיק

אמריקאניזם

- 46 -

37

מסמך מס' 2033307		תאריך: 04/03/2020	
שם: רופא מפנה		מקום: רופא מפנה	
מספר: 346000572		תאריך: 19/09/1993	
שם: רופא מפנה		מקום: רופא מפנה	
מספר: 89012		תאריך: 09:55	
שם: רופא מפנה		מקום: רופא מפנה	
מספר: 89012		תאריך: 09:55	
שם: רופא מפנה		מקום: רופא מפנה	
מספר: 89012		תאריך: 09:55	

תאריך ביקור: 04/03/2020
 עיר/יישוב: חיפה מס': 2033307
 מקלידה: דניאלוב דמיטרי 09:55
 גורם מבטח: ביטוח לאומי
 רופא מפנה: רופא רמ"ד/ב.לאומי ר. רופא מפנה: 1

שם משפחה: אנדריאנוב
 שם פרטי: אילנה
 מספר זהות: 346000572
 ת.למדה: 19/09/1993 מין: ג'

חוצאות צילוחי כפ יד OBL = AP ימין

נבדד ספירלי ישן 5MC, יתכן גם 4MC..

רופא בודק: ד"ר דניאלוב דמיטרי
 רישון רופא בודק: 89012

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



38

טל: 04-8812345 או 6050*
 פקס: 03-6720103
 שעות מניעה: א-ח 17:00-8:00
 קבלת קהל: א, ג, ה 12:30-8:00
 ב, ד 17:00-15:00

דמי פגיעה

המוסד לביטוח לאומי



סניף: רמת גן
 חשמונאים 15
 רמת גן 5248284

תיק: 346000672-60-01

סוג תנוד 3

לכבוד
 אילנה אנדריאנוב
 חרות 22
 רמת גן 5254130

561-045-038



תיק: 346000672-60-01
 לי בשבט, תשע"ט
 05 בפברואר 2019

מספר תיק: 34600067-2

תאריך פגיעה: 27/01/2019

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 27/01/2019

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 27/01/2019 כתאונת עבודה.

הפגישות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין



על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

הנני ליידע אותך כי הנך זכאית להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 05/02/2019), ובאם לא תעשי כן במועד הנ"ל, הנך עלולה לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
 שיינר ליאת
 פקיד תביעות
 נפגעי עבודה

54707



עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 346000672
ט' טבת תש"פ
06 ינואר 2020לכבוד
אילנה אנדריאנוב

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 27/01/2019) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 01/01/2020 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-29/04/2019 עד-31/08/2019	30.0 %
מ-01/09/2019 עד-31/12/2019	20.0 %
מ-01/01/2020 עד-31/03/2020	10.0 %

2. לנוחיותך מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.
3. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה.
בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך בתום תקופת הנכות הזמנית, ישלח לך זימון לוועדה נוספת.
אם אינך מסוגלת לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאית להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקקת".
הכרה כ"נכה נזקקת", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקשת להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגורייך או באתר האינטרנט.



לשירותך

בסניף ליד ביתך
סניף ראשי רמת גן, החשמונאים
15

פקס: 03-6751936

במוקד הטלפוני
*6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00באתר האינטרנט
www.btl.gov.il



40

דו"ח ועדה רפואית

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים סניף ראשי רמת גן	סניף הנועדה סניף ראשי רמת גן	מספר ועדה NV-3656-3900	תאריך הנועדה 01/01/2020
----------------------------------	---------------------------------	---------------------------	----------------------------

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130
טלפון:	054-5931113			

תאריך הפגיעה 27/01/2019	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: שכיר תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפסף אותה. מהות המקרה: חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.
----------------------------	--

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 28/01/2019	עד תאריך 28/04/2019	פירוט 91 ימים
----------------------	------------------------	------------------

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך 29/04/2019	עד תאריך 05/05/2019	פירוט תום תקופת אי הכושר-92 ש"ס
----------------------	------------------------	------------------------------------

התובע נכח בדיון עורך דין נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
---------------------------------------	---

משתתפי הנועדה

אריה זין	כירורגיה אורתופדית
חיים בוקן	מזכיר הישיבה



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

לקוח	כאבים ביד מפריע לי בכל תחומי החיים מפריע לי לישון והכאבים בשבר שכאשר מפעילה לחץ יש כאבים חזקים יותר.
עורך דין	מדובר בשבר ביד ימין דומיננטית הייתה בחופשה ממושכת עבודה בגרפיקה מוגבלת עם היד המשיכה במעקב. בוצעה בדיקת סי טי הדגימה איחוי חלקי ממצא בולט במסרק 5. החלה לסיבול מהרדמות וחוסר תחושה של האצבעות מאז כאבים והגבלה באצבות וכף יד ימין. כאב בחילופי מזג אוויר ולאחר מאמץ.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות.**הצהרה****הצהרה של אילנה אנדריאנוב**

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בוקן, אריה זיו
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

י/א

**ממצאים****מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בצילום כף יד ימין מ 27.01.2019 שברים אלכסוניים במסרקים 4.5. צילומי סי טי מאותו תאריך ממצאים דומים.

בבדיקה כף יד ימין. ללא עיוות קיצור קל של מסרק חמש. כפוף ופשיטת אצבעות מלאים. ללא שנויים דיסטרופים. ללא דלדול שרירים בכף היד. תחושה, כוח שרירים והחזר קפילרית שמורים. אינטרונסק פלוס. קרוב ופיסוק אצבעות שמורים.

42

מסקנות

מצב לאחר שברים בעצמות המסרק 4-5 בכף יד ימין.
לא הוצג צילום עדכני. המצב עדיין זמני.
לוועדה הבאה צילום עדכני של כף יד ימין

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
816 - (שבר באצבע או באצבעות יד)	ימין	27/01/2019	קשר סיבתי לפגיעמה שהוכרה

תעודת זהות: 346000672



43

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 29/04/2019 עד: 31/08/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		30% זמני	
מ: 01/09/2019 עד: 31/12/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		20% זמני	
מ: 01/01/2020 עד: 31/03/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)		10% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
29/04/2019	31/08/2019	זמני	30%	
01/09/2019	31/12/2019	זמני	20%	
01/01/2020	31/03/2020	זמני	10%	



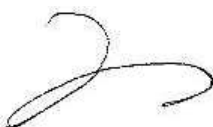
44

הצהרה שלי: אריה זין

אני מצהיר/ה 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:

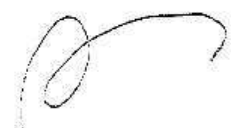


שם: אריה זין כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 15469

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בונן

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בבידוד
עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: חיים בונן





45

דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים סניף ראשי רמת גן	סניף הוועדה סניף ראשי רמת גן	מספר ועדה NV-4222-3900	תאריך הוועדה 11/03/2020
-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130
טלפון:	054-5931113			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 27/01/2019	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: שכיר תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפסף אותה. מהות המקרה: חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.
----------------------------	--

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 28/01/2019	עד תאריך 28/04/2019	פירוט 91 ימים
----------------------	------------------------	------------------

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך 29/04/2019	עד תאריך 05/05/2019	פירוט תום תקופת אי הכושר-ס'92
----------------------	------------------------	----------------------------------

החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020

נכות רפואית 30.0%	מתאריך 29/04/2019	עד תאריך 31/08/2019
נכות רפואית 20.0%	מתאריך 01/09/2019	עד תאריך 31/12/2019
נכות רפואית 10.0%	מתאריך 01/01/2020	עד תאריך 31/03/2020

46

מכחות מדין

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

בוריס יוסף	כירורגיה אורטופדית
חיים בונן	מזכיר הישיבה

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

לקוח	אין שינוי עדיין מטופלת במסגרת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. עובדת כמעצבת גרפית
עורך דין	העבודה כרוכה בשימוש יד ימין הדומיננטית נזקקת להפוגה בגלל כאבים. הכאבים בעת הפעלת לחץ שימוש ביד וילופי מזג אוויר. מבקשים נכות צמיתה.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,**הצהרה****הצהרה של אילנה אנדריאנוב**

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בונן, בוריס יוסף
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

47

ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה כף יד ימין ללא ניפוחות או עיוות עצמות תנועות אצבעות חופשיות מבצעת קמיצת אגרוף מלא ללא חוסר ניוורוסקולרי ביד רגישות מעל מסרק 4.5 צילום ביקורת 04.03.2020 שבר אלכסון מסרק 4.5 עם חיבור וקיים קיצור של מסרק 5.

מסקנות

נכותה 5% לצמיתות.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
816 - (שבר באצבע או באצבעות) יד	ימין	27/01/2018	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15
אין ירידה בשכר



48

החלטה**קביעות אחוזים רפואיים**

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 01/04/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)	35(1)(ב) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות	10% צמית	- איבר: גפה עליונה - צד: ימין

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
01/04/2020		צמית	10%	

■ מ- 01/04/2020 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%

הצהרה של חברי הוועדה**הצהרה של: בוריס יוסף**

אני מצהיר/ה 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: בוריס יוסף כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 22835

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בון

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: חיים בון

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, אליעזר אריאל מס' 346000672 מרחוב הירוק 22, רמת א נגד ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של מבלי לפגוע בכלליות המינוי בענין תאונת דרכים מיום 22.1.19 הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, חכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל חליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוץ גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, 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 דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. 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.
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 הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 לאותו גוף משפטי.



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

15. 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, והגני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 2 שנה 2019

חתימה: אילנה X

הגני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רישיון: 62254

עורך-דין

אריאל פרייברג, עו"ד
מקום חתימה



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
אריאל	עמר	346000672	
חיות	מס'	חתימה	טלפון
רחוב	22	עיר	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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 הבריאותי 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 הבריאותי 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 וויתור 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: 27.12.19	עד לחתימה ומס' ת.ז.	מס' רשיון: 62254	חתימה: X

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של מאיר פריינברג ע"ד לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אלר ארמלני בעל ת.ז. 346000672 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אחיה צפורה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהירה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	<u>2011</u>	הפגיעה:	<u>עקיצת זרוע ימין</u>	המוסד הרפואי:	<u>לא טופל</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

אלר ארמלני
חתימה

אישור

אני הח"מ עויד אלר ארמלני מרחוב גאל אלון 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום 3.3.20
הופיעה בפני אלר ארמלני (המוכרת לי באופן אישי) שהודעה/תה בתעודת זהות מס'
346000672 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפורה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

נספח 3 :

כתב הגנה מתוקן



(עמודים 64 עד 69)

כתב הגנה מתוקן מטעם הנתבעת (1)

התובעת:

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל. 077-3180983 פקס. 03-7412358

-נגד-

הנתבעת:

1. "קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות-דרכים, 500500376

ע"י ב"כ עו"ד אילן חגי
ו/או עו"ד רחל ליבוביץ ו/או עו"ד
שרית גנות ו/או עו"ד רבקה שטרן

מרח' ז'בוטינסקי 33, רמת גן 52511
מגדלי התאומים 1, קומה 2
טל. 03-5759090 פקס. 03-5759091
דוא"ל: office@ilanhagai.co.il

2. הראל חברה לביטוח בע"מ, 520004078

ע"י ב"כ עו"ד צבי יעקובוביץ ואח'
מרח' תובל 11, רמת גן 5252226
טל. 03-7511120 פקס. 03-7522206
דוא"ל: main@ykb-law.co.il



הנתבעת תהיה מיוצגת כנ"ל, ותטען להגנתה את הטענות הבאות, שיש לראותן כחלופיות זו לזו, במידה ואינן משלימות זו את זו.

כל טענה בכתב התביעה שלא הודו בה במפורש בכתב הגנה זה, יש לראותה כמוכחשת, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.

אין בכל טענה מהטענות המפורטות בכתב הגנה זה כדי להעביר נטלי הוכחה ו/או חובות ראיה כלשהן המוטלים על התובעת כדין, ואין באמור בו כדי להקנות לתובעת זכות להעלות טענות שהיה עליה להעלות בכתב התביעה המתוקן (להלן: "כתב התביעה"), אם לא נטענו במסגרתו.

1. הנתבעת טען, ותעתור לבית המשפט הנכבד להורות, על דחיית ו/או מחיקת התביעה על הסף, באשר לתובעת אין כל עילת תביעה נגדה ו/או אין כל יריבות ביניהם כמפורט בסעיף 4 שלהלן.

כל טענות הנתבעת שיובאו להלן, נטענות למען הזהירות, ומבלי לפגוע באמור לעיל.

2. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 1 לכתב התביעה, למעט העובדה שהנתבעת הינה קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, אשר הוקמה עפ"י חוק הפיצויים לנפגעי תאונות-דרכים, התשל"ה-1975 (להלן: "החוק"), ומבלי שיהא בכך משום הודאה בחבות הנתבעת לפיצוי התובעת.

3. הנתבעת מודה בכל האמור והנטען בסעיף 2 לכתב התביעה.

4. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 3 לכתב התביעה, לרבות נסיבות קרות הארוע ו/או תוצאותיו.

4.1 הנתבעת תטען כי נסיבות קרות האירוע הנטענות בכתב התביעה (להלן: "האירוע") - אינן אמת; ו/או כי לא ארעה לתובעת כל "תאונת-דרכים" כהגדרתה בחוק; ו/או כי אם נפגעה התובעת דבר המוכחש, הרי שהיה זה בנסיבות אחרות ו/או בנסיבות שאין להן כל קשר לנתבעת, ו/או שלא במסגרת "תאונת דרכים" כהגדרתה בחוק, ו/או בנסיבות שאינן מקנות לתובעת כל יריבות ו/או עילת תביעה כלפי הנתבעת.

4.2 לחלופין, הנתבעת תטען כי באירוע, המוכחש כשלעצמו, לא היה מעורב כלל רכב מנועי, ועל כן אין יריבות בינה לבין התובעת, ואין לתובעת עילת תביעה נגדה.

4.3 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי פגיעת התובעת, המוכחשת כשלעצמה, לא נגרמה עקב "שימוש ברכב מנועי" כנדרש עפ"י דין.

4.4 עוד ולחלופין, ובמידה ותתקבל טענת התובעת, ובית המשפט הנכבד יקבע כי התובע נפגעה ב"תאונת דרכים" כהגדרתה בחוק, הנתבעת תטען כי באירוע היה מעורב רכב שהיה בבעלות ו/או בחזקת חברת "דן תחבורה ציבורית בע"מ".

הנתבעת תטען כי כלי הרכב שהיו במועד האירוע בבעלות ו/או בחזקת חברת "דן תחבורה ציבורית בע"מ" היו מבוטחים אצל הנתבעת (2). לפיכך, הנתבעת תטען כי החבות לפיצוי התובעת, אם בכלל, מוטלת על הנתבעת (2).

4.5 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי נטל ההוכחה לקיומו של חריג בפוליסת הביטוח, אם קיים, דבר המוכחש, ו/או נטל ההוכחה לקיומן של נסיבות הפוטרות מכיסוי ביטוחי, דבר המוכחש - מוטל מהחל ועד כלה, על כתפי הנתבעת (2); וכי כל עוד הנתבעת (2) לא הרימה נטל זה, החבות לפיצוי התובעת, אם בכלל, מוטלת על הנתבעת (2).

4.6 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי גם אם תתקבל טענת התובעת ויקבע כי האירוע, המוכחש כשלעצמו, מהווה "תאונת דרכים" עפ"י החוק - אין לתובעת כל עילת תביעה כנגד הנתבעת ו/או לא מוטלת עליה כל חובה עפ"י דין לפצותה, באשר התובעת לא עשתה את כל המאמצים ו/או לא פעלה בשקידה סבירה, לברר את פרטי הנוהג ברכב שנטען כי היה מעורב באירוע, המוכחש כשלעצמו, ו/או את פרטי הרכב ו/או פרטי המבטח.

4.7 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי בנסיבות האירוע, המוכחש כשלעצמו, לא נתמלאו כל התנאים הדרושים בחוק ו/או בדין להחלת חבותה.

4.8 הנתבעת מצהירה כי בשלב זה העובדות במלואן וכהווייתן אינן ידועות לה, והיא שומרת על זכותה לתקן את כתב ההגנה ו/או להגיש הודעה לצדדים שלישיים, ככל שיידרש, לכשתקבל לידיה פרטים נוספים.

5. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 4 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 4 שלעיל.

6. בהתייחס לאמור והנטען בסעיף 5 לכתב התביעה, הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 4 שלעיל.

7. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 6 לכתב התביעה.



- 7.1 לחלופין, הנתבעת תטען כי אין כל קשר, ישיר ו/או עקיף, בין פגיעות ונזקי התובעת, המוכחים, לבין האירוע, המוכחש כשלעצמו.
- 7.2 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי התובעת החלימה מפגיעתה הנטענת; והאירוע, המוכחש כשלעצמו, לא הותיר אצלה כל מגבלה, שהיה בה כדי להשפיע על תפקודה כפי שהיה עובר לאירוע הנטען והמוכחש.
- 7.3 עוד ולחלופין, תטען הנתבעת כי אם סובלת התובעת ממגבלות ו/או מפגיעות כנטען בסעיף זה של כתב התביעה ובכתב התביעה כולו על נספחיו, דבר המוכחש, הרי שמקורם נעוץ בפגיעות קודמות ו/או מאוחרות ו/או ממומים מולדים, מהם סובלת התובעת, ו/או ממעורבותה בתאונות קודמות ו/או מאוחרות, וכי אין לכך כל קשר ישיר ו/או עקיף, לאירוע המוכחש כשלעצמו.
- 7.4 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי לתובעת לא נגרמו כל מגבלות ו/או פגיעות אשר הצריכו ו/או יצריכו טיפולים רפואיים.
- 7.5 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי אם התובעת נזקקה ו/או תיזקק לטיפולים רפואיים, הרי שאין לכך כל קשר, ישיר ו/או עקיף, לאירוע המוכחש כשלעצמו, כי אם למצבה הרפואי עובר לאירוע הנטען והמוכחש כשלעצמו, ו/או למצבה הרפואי שאינו קשור כלל לאירוע.
- 7.6 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי אם נזקקה ו/או תזדקק התובעת, דבר המוכחש, לטיפולים רפואיים, נשאו ו/או יישאו בהם המוסד לביטוח לאומי ו/או קופת החולים, ללא כל תשלום מצידה.

8. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 7 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.

9. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 8 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.

10. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 9 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.

11. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 10 לכתב התביעה.

11.1 לחלופין, תטען הנתבעת כי נכותה התפקודית של התובעת, נמוכה לאין ערוך מנכותה הרפואית, אם נגרמה כתוצאה מהאירוע הנטען, המוכחש כשלעצמו.

11.2 לחלופין, הנתבעת שומרת על זכותה לעתור לבית המשפט בבקשה להבאת ראיות לסתור את החלטת המוסד לביטוח לאומי ו/או לעתור בבקשה למינויים של מומחים רפואיים מטעם בית המשפט.

12. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 11 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 11 שלעיל.



13. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 12 לכתב התביעה.
הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 11 שלעיל.
14. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 13 לכתב התביעה.
הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.
15. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 14 לכתב התביעה.
15.1 הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.
- 15.2 לחלופין, הנתבעת תטען כי לתובעת לא נגרמו כל מגבלות ו/או פגיעות אשר פגעו ו/או עלולות לפגוע ביכולת השתכרותה, כפי שהיתה, אם בכלל, עובר לאירוע המוכחש כשלעצמו.
- 15.3 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי פגיעות התובעת, המוכחות כשלעצמן, לא השפיעו ו/או אינן משפיעות ו/או לא ישפיעו כלל על תפקודה של התובעת אשר חזרה לעבודתה, וכי השתכרותה לאחר התאונה אינה נופלת מהשתכרותה לפני התאונה, ואף עולה עליה.
- 15.4 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי התובעת יכולה היתה לשוב לעבודתה מיד לאחר האירוע המוכחש, ואם לא עשתה כן, אין לה אלא להלין על עצמה.
- 15.5 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי במידה ונגרמו לתובעת הפסדי שכר, הרי שאין לכך כל קשר ישיר ו/או עקיף לאירוע, המוכחש כשלעצמו, כי אם למצבה הרפואי עובר לאירוע ו/או למצבה הרפואי שאינו קשור כלל לאירוע, המוכחש כשלעצמו ו/או לסיבות אחרות, שאין להן כל קשר, ישיר ו/או עקיף, לאירוע, המוכחש כשלעצמו.
16. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 15 לכתב התביעה.
16.1 לחלופין, הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.
- 16.2 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי לתובעת לא נגרמו כל מגבלות ו/או פגיעות אשר הצריכו ו/או יצריכו הוצאות ו/או נסיעות כלשהן.
- 16.3 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי אם התובעת נזקקה ו/או תיזקק להוצאות ו/או נסיעות כלשהן, הרי שאין לכך כל קשר, ישיר ו/או עקיף, לאירוע המוכחש כשלעצמו, כי אם למצבה הרפואי עובר לאירוע הנטען והמוכחש כשלעצמו, ו/או למצבה הרפואי שאינו קשור כלל לאירוע.
- 16.4 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי אם נזקקה ו/או תזדקק התובעת, דבר המוכחש, להוצאות ו/או לנסיעות כלשהן, נשאו ו/או יישאו בהם המוסד לביטוח לאומי ו/או קופת החולים, ללא כל תשלום מצידה.
17. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 16 לכתב התביעה.
17.1 לחלופין, הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 7 שלעיל.
- 17.2 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי מצבה של התובעת בגין האירוע הנטען, והמוכחש כשלעצמו, לא הצדיק בעבר, אינו מצדיק כעת ובוודאי שלא יצדיק בעתיד עזרת הזולת ו/או עזרה כלשהי.



17.3 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי אם נזקקה ו/או תיזקק התובעת לעזרה וסיעוד מן הזולת, הרי שאין לכך כל קשר, ישיר ו/או עקיף, לאירוע המוכחש כשלעצמו, כי אם למצבה הרפואי עובר לאירוע הנתבעת והמוכחש כשלעצמו, ו/או למצבה הרפואי שאינו קשור כלל לאירוע, המוכחש כשלעצמו.

17.4 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי גם אם קיבלה ו/או מקבלת התובעת עזרה וסיעוד מבני משפחתה, שהנתבעת כופרת בנחיצותה, הרי שזו עזרה רגילה הניתנת בין בני משפחה וקרובים אחרים, ומכל מקום היא אינה מזכה בפיצוי כלשהו.

18. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 17 לכתב התביעה, על כל סעיפי המשנה שבו.

18.1 לחלופין, הנתבעת תטען כי הנתונים, הסכומים, וראשי הנזק הנתענים בסעיף זה מוגזמים לאין שעור, חסרי כל אחיזה בדין ובמציאות; חלקם נזקים שלא נגרמו ולא יגרמו; חלקם נזקים שאינם ברי פיצוי עפ"י דין; חלקם נזקים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או קופ"ח נושאים בהם; חלקם נזקים רחוקים מידי; וכולם נזקים שאין לתובע עילת תביעה שבדין לגביהם, כלפי הנתבעת.

18.2 עוד ולחלופין, הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיפים 7, 15, 16 ו-17 שלעיל.

19. הנתבעת מודה בכל האמור והנטען בסעיף 18 לכתב התביעה.

20. מוכחש כל האמור והנטען בסעיף 19 לכתב התביעה.

הנתבעת חוזרת על כל האמור והנטען בסעיף 4 שלעיל.



21. בהתייחס לטענת התובעת בסעיף 20 לכתב התביעה, מוכחשת זכותה של התובעת לטעון טענות עובדתיות חלופיות, והנתבעת תעתור לבית המשפט הנכבד להורות על מחיקת טענות כאמור מכתב התביעה.

22. מבלי לפגוע בכל הנטען בכתב הגנה זה, תוסיף הנתבעת ותטען, במצטבר או לחלופין, כדלקמן:-

22.1 לתובעת אין כל עילת תביעה כנגד הנתבעת ו/או יריבות כלפיה ואין היא זכאית לפיצוי עפ"י החוק ממנה.

22.2 על התובעת לפנות, בין היתר, למוסד לביטוח לאומי בכדי למצות את זכויותיה, וזאת במסגרת חובתה להקטנת נזקה ו/או חובתה כלפי הנתבעת.

22.3 קצבאות ו/או גמלאות ו/או שוויי הזכויות שהתובעת קיבלה ו/או מקבלת ו/או תקבל ו/או זכאית לקבל, שוות לסכום נזקיה ת/או עולות עליהם.

22.4 התובעת מגזימה לאין שיעור בתיאור סבלותיה, מגבלותיה ופגיעותיה.

22.5 מצבה של התובעת עשוי להשתפר, היא תשתקם בעתיד, ורבים מההוצאות והנזקים הנתענים יחסכו ו/או לא יגרמו כלל.

22.6 מוכחשים תכנם, אמיתותם, נכונותם וקבילותם של כל המסמכים אשר צורפו ו/או יצורפו לכתב התביעה, והנתבעת תדרוש לחקור את החתומים עליהם, בחקירה נגדית, אם התובעת תבקש להסתמך עליהם ו/או להגישם כראיה.

22.7 פגיעתה של התובעת לא הותירה אצלה כל מגבלה שיש בה כדי להשפיע על תפקודה היומיומי, כפי שהיה עובר לאירוע הנטען והמוכחש כשלעצמו.

22.8 התובעת לא עשתה ואינה עושה כל אשר היא יכולה וחייבת לעשות כדי להקטין את נזקיה. נהפוך הוא, התובעת מכוונת את פעולותיה להעצמת הנזקים ולהגדלתם.

22.9 התובעת טרם מיצתה את אפשרויות שיקומה, מצבה עוד צפוי להשתפר, והיא תוכל לחזור למעגל חייה כפי שהיה עובר לאירוע המוכחש כשלעצמו.

22.10 אם נותרה לתובעת מגבלה כלשהי, והדבר מוכחש, נעוצה היא בפגיעותיה ובמומים קודמים שהיו לה עובר לאירוע ו/או נגרמו לתובעת ללא כל קשר לאירוע.

אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את תביעת התובעת כנגד הנתבעת ולחייב את התובעת לשלם לנתבעת את הוצאות המשפט ושכ"ט עו"ד.



חגית אילן
אילן חגי, עו"ד
ב"כ הנתבעת (1) -
"קרנית"