

## **הודעה לצד שלישי**

**התובעת:**

**אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672**  
ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג  
מרח' אבא הלל 7, רמת גן  
טל. 03-7412358 פקס. 077-3180983

**-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](mailto: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](mailto:main@ykb-law.co.il)



**שולחת ההודעה  
לצד שלישי:**

**"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות-דרכים**

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](mailto:office@ilanhagai.co.il)

**-נגד-**

**הצד השלישי:**

**דן תחבורה ציבורית בע"מ, 570012377**

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 כמוודה בתובענות אלה.

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



## תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                                    | עמוד               |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1:</a> <a href="#">כתב תביעה מתוקן</a> (עמודים 6 עד 9)     | <a href="#">6</a>  |
| <a href="#">נספח 2:</a> <a href="#">נספחים לכתב תביעה</a> (עמודים 11 עד 62) | <a href="#">11</a> |
| <a href="#">נספח 3:</a> <a href="#">כתב הגנה מתוקן</a> (עמודים 64 עד 69)    | <a href="#">64</a> |



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: 03-3180983

- 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 (1)35, 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 חפצים, 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 פרייב"ג, עו"ד  
ב"כ התובעת



נספח 2 :

## נספחים לכתב תביעה



(עמודים 11 עד 62)



## טופס מידע על נתוני תיק 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  
כתובת אמצ' 2, תל אביב  
נשא המסמך

מספר תיק פלא 2019  
סינוג תיק  
מס' מסמך בתיק ב  
פקס 03-6803807  
מייל yohananim.telaviv@police.gov.il

43457 / כללי

## לכל המעוניין

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

| פרטי הרכב    |                         | פרטי הרכב    |                   | פרטי הרכב    |                   |
|--------------|-------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
| מספר רכב     | סוג רכב                 | מספר רכב     | סוג רכב           | מספר רכב     | סוג רכב           |
| ללא מספר     | (אופניים) (במערכת ת.ד.) | ללא מספר     | סוג רכב           | ללא מספר     | סוג רכב           |
| חברת ביטוח   | מספר פוליסה             | חברת ביטוח   | מספר פוליסה       | חברת ביטוח   | מספר פוליסה       |
| אין ביטוח    | סוג ליחית               | אין ביטוח    | סוג ליחית         | אין ביטוח    | סוג ליחית         |
| שנת לידה     | שם                      | שנת לידה     | שם                | שנת לידה     | שם                |
| נהג          | ת.ז.                    | נהג          | ת.ז.              | נהג          | ת.ז.              |
| כתובת        | קופ"ח / בית חולים       | כתובת        | קופ"ח / בית חולים | כתובת        | קופ"ח / בית חולים |
| חומרת הפגיעה | חומרת הפגיעה            | חומרת הפגיעה | חומרת הפגיעה      | חומרת הפגיעה | חומרת הפגיעה      |

4. פרטי הולכי רגל
5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 28/01/2019

| פרטי המספר בתיק |          | פרטי המספר המוסר |          |
|-----------------|----------|------------------|----------|
| מ"א             | שם משפחה | מ"א              | שם משפחה |
| 957464          | לוי      | 957464           | לוי      |
| שם פרטי         | שם פרטי  | שם פרטי          | שם פרטי  |
| מס' פרטי        | מס' פרטי | מס' פרטי         | מס' פרטי |



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 סוראסקי  
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
באוניברסיטת תל-אביב

## שחרור רפואי

|                         |                                          |                             |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|
| שם יחידה: מיון אורתופדי | מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנהס 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: חרות 22 רמת גן 5254130 |

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

### סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מזעבר למחלקה  
מקבל הוודעה 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 המודינמי, נירולוגי, גשימתי  
נפוחות ורגישות-כף יד אמה ומרפק ימין כולל שיפשוף עור בכף יד-קיבלה טוקסויד

לבדיקה מיון אורתופדי

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 ח'טיב סלאח

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

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

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

בבדיקתה-

נפוחות שפשוטים והמטומה באצבעות 4+5 יד ימין, נפוחות בדורסום כף היד אספקט אולנרי. 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 סיזרינג.

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 שימי

פרטיה 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   | דופק | סטורציה באויר חדר |
|------------------|----------|------|-------------------|
| 10:52 27/01/2019 | 125 / 82 | 83   | 100               |

##### מדדים

| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר 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 מיין 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 אורטופד 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.

## חתימת אחות משחררות

|                    |            |                  |
|--------------------|------------|------------------|
| שם החותם           | תפקיד      | זמן חתימה        |
| לשם סמדר מ.ר. 9412 | אח"ת משרות | 27/01/2019 13:56 |

רופאה משחרות

|                            |              |                  |
|----------------------------|--------------|------------------|
| שם החותם                   | תפקיד        | זמן חתימה        |
| ד"ר יורם אלכסנדר מר. 25790 | רופא/ה משחרר | 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.

036974000 ← 2308/11/15  
124 214 262

11/11/56 31 61 1177

1-100342 NO  
1-100342 NO





המחלקה לרדיולוגיה אבחנותית-הדמיה

מ"ח:

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

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

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

|                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> בידוד מגע  |
| <input type="checkbox"/> סכנת נמילה |
| <input type="checkbox"/> בהריון     |
| <input type="checkbox"/> חמצי       |
| משכה / משקמים                       |
| ריכוז                               |

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת-החוליה

החוליה: ☐ מתחלק ☐ בנשא נגלים ☐ 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 - 450414386





## שחרור רפואי

|                            |                                             |                                |
|----------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| שם יחידה: מיין<br>אורתופדי | מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס<br>מ.ר. 16786 | אח/ות אחראית: נטע גלעם<br>נגרי |
| 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: וקרה              | גורם מממן: ללא קופ"ח | כתובת: חרות 22-פרטי, רמת<br>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 הינו שבר אלכסוני באספקט הדורסלי של העצם ונמשך עד מעט מעל המשטח הפרקי אך אין ראיית מעורבות מפרקית ברורה בנוסף נראה שבר המתחיל ממרכז המטאקרפוס החמישי ונמשך דיסטליה לאיזור חלקה המקורב יותר של העצם ללא מעורבות משטח מפרקי אין רואים שברים בעצמות הקרפליים אין רואים שברים ברדיוס הדיסטלי ובאולנה הדיסטלי. רישום למנח 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 אנדריאמב | ת"ז: 346000672 | 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                          | P.O. |
|-------------------|----------------------------|--------------|--------------------------------|------|
| 1000 mg           | 30/01/2019 12:14<br>כהן חן | Once         | 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 למיון  
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 במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה  
25 סרגי  
34600067-2 מ.ז.  
30.01.19 יום ארסאד  
מק. ארסאד  
11848035 מקרה:  
הוראות 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  
משכה / משקפיים  
ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקה חרטטגית / במיטת חחולה

החחולה: ☐ מתהלך ☐ כנסא גלגלים ☐ באלוקה ☐ בניטה ☐

פרטים קלוגים:

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

AP+LAT

הבדיקה חדרושה:

הנחשו ל:

מרת"א  
חתימת הרופא: **ד"ר רבאב ועאמנה**  
סטאזרית לרפואה

תאריך

שם חטטאי המכצע

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:



מקייט - 450414586





המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בית:

## הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

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

חוראות הרנטגנוגריות

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/חוזר

☐ בדיקת מעט  
☐ סכנת נפילה  
☐ בהריון  
☐ חמור  
 נוספה / נוסקים  
 ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנוגרית / במיטות החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ נכסא נגלים ☐ נאלצתה ☐ במיטה ☐

פרטים קליניים:

44563/44563

הבדיקה הדרושה:

רשימת ל:

תאריך

הר"ר  
 22.01.27  
 ת"א

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.ז.: 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 שבירים 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: \_\_\_\_\_

מכתב נחתם ע"י: דר' רוזנבלט ישי מ.ר. 31413

א.ט. וסאסקי, נאמל בא"ח  
מרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי  
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
באוניברסיטת תל-אביב

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

לבדיקות: I.9249 בדיקת רופא אורתופד - ב

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן 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

אלפונים לברורים: 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 כלשהי 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. רופא 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. טופל 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

(MICHALMI)

תאריך ושעת ההדפסה: 06/03/2019 13:33  
הסני 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 מוראסקי  
מסגרת לפקולטת לרפואה ע"ש סאקלר  
באוניברסיטת תל-אביב

### סיכום ביקור רפואי

|                           |                                    |                                   |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: ד"ר סלע משה מר. 12797 | אחוזת אחראית:                     |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                               | דוא"ר:                            |
| שם משפחה: אנדריאנוב       | שם פרטי: אילנה                     | ת.ז.: 346000678                   |
| תאריך לידה: 19/08/1983    | גובה: 1.75                         | טלפון: 054-5931113                |
| מין: נקבה                 | גורם נוסף: ללא קופ"ח               | כתובת: חרות 22 פרט רמת גן 5254130 |

נתוני ביקור - תאריך: 06/03/2019 שעה: 11:46 מספר ביקור: 36341591

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

הנוטופלית חשה כאב: לא

סיכום דיון

הנ"ל לאחר שבררם במסדקים 4+5 מימן 27.1.19

הגיעה לביקורת

הגבס בהיסטוריה סטנדרטית מוגברת. מדווחת על רגישות אצלעות

הגבה הוילף

קלנית - ללא ראשם לרצועה

בצילום - עמרה מתהבלת

6.3.19

בבדיקת

ללא סימנים רגישות מסדקים

מגיעה אצלעות חקשית אצלעות 5

מסיבות מניעה כמעט למלא עם כאב

שמונה VN

בצלום סימני אחיז לא מלאים

המלצות

בא רהתחיל פזיזותרפיה ורפוי בעיסוק הפעלה אקטיבית וקטגורית נוצרת עד כאב

חופשת מחלה חודשיים

אין לבצע מאמצים עם היד

ביקורת בעד חודש וחצי

הפניה לניתוח

מומנה למתחם. לא

מכתב נהתם ע"י

ד"ר אינגברג גלעד מר. 1117611

ד"ר אינגברג גלעד  
מ.ר. 1117611  
המספר הנמצא על הדף  
הזה הוא מספר הבקשה  
לד"ר אינגברג גלעד



תחום: רפואת משפחה  
מספר רשיון: 27363  
כתובת: דרך אבא הלל 77  
טלפון: 03-7535300  
מחלקה: מרפאה מערב

תאריך: 19/03/2019

תעודת רפואית מסמכת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |                 |           |              |       |              |            |   |         |            |       |        |
|-------------------|-----------------|-----------|--------------|-------|--------------|------------|---|---------|------------|-------|--------|
| שם המטופל         | אנדריאנוב אילנה | מספר זהות | 00-3460067-2 | גיל   | 25.06        | מין        | נ | ת. לידה | 19/09/1983 | סרגיי | שם חתן |
| שם משפחה ושם פרטי |                 |           |              |       |              |            |   |         |            |       |        |
| ישוב              | רחוב            | מס בית    | 0            | טלפון | 5931113 - 84 | טלפון נייד |   |         |            |       |        |

תאריך תאונה: 27/01/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם הרופא המטפל: ד"ר גורביץ

|                                      |      |        |
|--------------------------------------|------|--------|
| אבחנות                               | קוד  | אבחנות |
| CONTUSION OF RT HAND                 |      |        |
| CLOSED FRACTURE METACARPAL BONES 4-5 |      |        |
| INJURIES                             | 1/80 |        |

טיפול הומנלי

כתוצאה מהסגעת המזוהרת ע"י הנ"ל

אני מאשרת/מאשר את העיסוק בעבודתו/ה ואני לא בעבודה אחרת

חתימה: 07/03/2019 עד יום: 05/05/2019 (בגלל) סה"כ: 60 ימים

19/03/2019

19/03/2019

ד"ר גורביץ

תאריך מוקד התעודה

ד"ר אירנה גורביץ

החתימה והחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

החותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למסמך לביטוח לאומי בלבד

תעודת רפואית מסמכת לנפגע בעבודה \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הנגזר הפרסיות\*\*\*  
אנדריאנוב אילנה 00-3460067-2 חודש ע"י ד"ר אירנה גורביץ 19/03/2019 דף 1 מ 1

16

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

|                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>ההזמנה מופנית</b><br><input type="checkbox"/> דנטג כללי<br><input type="checkbox"/> (כלל שיקוף - IVP)<br><input type="checkbox"/> CT<br><input type="checkbox"/> US<br><input type="checkbox"/> MRI מופס נפרד |  | שם החולה: _____<br>תעודת זהות: _____<br>שם הרופא: _____<br>תלפון: _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|

חלק א' ימלא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע: ☐ במחלקת האשפוז (גיידות) ☐ במחלקת הדימות

| מצב החולה ושינוע                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                                                        |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| מצב נשימתי                                                                                                                                                                      | מצב הברכה                                                                                                      | אופן העברה למכון                                                                                       | מסוגל לעמוד                                                |
| <input type="checkbox"/> ללא אמצעי עזר<br><input type="checkbox"/> מסכת חמצן<br><input type="checkbox"/> יבלון<br><input type="checkbox"/> חושש                                 | <input type="checkbox"/> הכרה מלאה<br><input type="checkbox"/> הכרה חלקית<br><input type="checkbox"/> חסר הכרה | <input type="checkbox"/> הליכה<br><input type="checkbox"/> כסא גלגלים<br><input type="checkbox"/> מיטה | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא |
| <input type="checkbox"/> זיהום פעיל<br><input type="checkbox"/> לא ידוע<br><input type="checkbox"/> שחפת<br><input type="checkbox"/> MRSA<br><input type="checkbox"/> אחר איזה? | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא                                                     | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא                                             | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא |

**פרטים קליניים**

ממצאים ואבחנות (כלל בדיקות הדמיה ורלבנטיות):

השאלה לרדיולוג: \_\_\_\_\_

הבדיקה הדרושה: \_\_\_\_\_

החתימה והחותמת: \_\_\_\_\_

טלפון / ביפר: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חלק ב' ימלא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

|              |  |
|--------------|--|
| PT (sec.)    |  |
| PTT (sec.)   |  |
| INR          |  |
| Plt. (/MCRL) |  |
| Hg (gr/dL)   |  |

תיסקורי כלית: \_\_\_\_\_ או BUN \_\_\_\_\_

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 מופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

הערות הרדיולוג: \_\_\_\_\_

דחיפת הריצ'ט: \_\_\_\_\_

הוראות ביצוע: \_\_\_\_\_

| סרטים    | 13/18 | 18/24 | 24/30 | 35/43 | 8/10 | לייזר | אחר |
|----------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-----|
| תקנים    |       |       |       |       |      |       |     |
| מקולקלים |       |       |       |       |      |       |     |

ח. ניגוד: \_\_\_\_\_ כמות: \_\_\_\_\_ רופא: \_\_\_\_\_

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ רנטגנאי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



מקיים-6520413489

08/04/2019 תאריך

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          | הרצות             | 22 /   | 54 -5931113 | טלפון נוסף |
| ישוב            | רחוב              | מס בית | טלפון       |            |

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

תאריך הפניה: 03/03/2019

סוג הביקורים לסדרות: 2 תאונות עבודה

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

מרפאה: מרפאת מערב

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

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

אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה                       |
|------|------|-----------------------------|
| ימין | 8150 | FRACTURE METACARPALS CLOSED |

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

מס' ביקורים בפועל: 5 פרטי: 7  
מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                              |
|------|------------------------------------|
| 1    | אבחון ראשוני- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 2    | הדרכה ויישום (לאחר חייה 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\*\*\*

00-34600067-2 הודפס ע"י ברזילי טלי

סיכום טיפול

אנדריאנוב אילנה

18

| סגירת הסידרה | דיוג בעת | דיוג בעת | צד | איבר | סגירת      |
|--------------|----------|----------|----|------|------------|
|              |          |          |    |      |            |
|              |          |          |    |      | לא רלוונטי |

הערות להערכת המטפל: תאריכי טיפול: 25.03, 18.03, 14.03

הערכת מטפל: 1-שיפור מלא

הערות: תלונה על הרדמות כפות ידיים בשינה -נשלחה לברור

המטופל ביקר במסן בתאריכים: 08/04/2019  
10/03/2019

ברזילי טלי  
מנהל מרכז שימור המורשת  
מנהל מרכז שימור המורשת  
מנהל מרכז שימור המורשת  
מנהל מרכז שימור המורשת

תתימה וחולמת

ברזילי טלי

שם מטפל



דף 2 מ 2  
08/04/2019

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
הודפס ע"י ברזילי טלי 00-34600067-2

סיכום טיפול  
אמריאמב אילנה

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' סלפי משת מ.ר. 12797 | אחיות מרחאית: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                   | דוא"ל:        |

|                        |                  |                                   |
|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| שם משפחה: אנדריאנוב    | שם פרטי: אילנה   | ת.ד.: 34800672                    |
| תאריך לידה: 19/09/1993 | גיל: 25          | טלפון: 054-5981113                |
| מין: נקבה              | גורם חששן: 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 חש'ה כאב: לא

### סיכום ודיון

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

6.3.19

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

בצלום סימני אירוי לא מלאים

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

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

בצלום אירוי מלא של מסרק 4 מסרק 5 אירוי כמעט מלא

המלצות:  
המשך עבודה על חיזוק ושימור טווחי תנועה

10

|                   |               |        |                       |
|-------------------|---------------|--------|-----------------------|
| שם אילנה אנדראנוב | ת"ז 346000572 | תקופה: | מחלקת מרפאה אינפלמטית |
|-------------------|---------------|--------|-----------------------|

תופשת מחלה חודשיים  
ביקצות בעוד חודשיים  
הפניה לניתוח  
מפנה לניתוח לא

1988

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



21

**নগর পরিষদ**

|            |                           |
|------------|---------------------------|
| שם הרפא    | ד"ר פנחס סול              |
| התום       | אורטוד פומחה ומנהל מרפאה  |
| מספר רשיון | 84237                     |
| כתובת      | הרצל 34, רמת גן           |
| טלפון      | 03-6752800                |
| פקס        | 03-6752801                |
| מרפאה/הרצל | מרכז לרפואה ימית - רמת גן |
| מחזור      |                           |

19/05/2019 7:14PM

[illegible]

פרטי המכתב

|                   |  |               |  |        |  |             |  |            |  |            |  |
|-------------------|--|---------------|--|--------|--|-------------|--|------------|--|------------|--|
| פרטי המטופל       |  | מס דוח        |  | מס חשב |  | מס חשב      |  | מס חשב     |  | מס חשב     |  |
| אנדריאנוב אילנה   |  | 00-34500067-2 |  | 25.08  |  | נ           |  | 19/09/1993 |  | סרגיי      |  |
| שם משפחה ושם פרטי |  | מס דוח        |  | גיל    |  | מין         |  | תאריך      |  | שם האב     |  |
| רמת גן            |  | חודש          |  | 22     |  | 54 -5931113 |  | סלפון      |  | סלפון מספר |  |
| ישוב              |  | רחוב          |  | מס בית |  | סלפון       |  | סלפון מספר |  | סלפון מספר |  |

ក្រុមប្រឹក្សា



2723 17



מספר חשבוני



לכבוד: EMG גפ"ם עליזה

אברהם משה

| nanak                                   | non | tip |
|-----------------------------------------|-----|-----|
| OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |     | 7   |
| mild bc pts                             |     |     |

מצב לאחר שבר מטרקס 4-5 ק"ג ימין בחדרש ימנר, לאחר מכן טופלה בפזיטרופון.  
מצינת ארבעים של המול באצבעות כפות הידיים דו"צ.  
EMG חדיש CTS קל דו"צ

ממאזים בבדיקה נפות ידים לא דלדול שרירים, טיול קרפלי שלילי, טיול גיון שלילי, טיול קובסלי שלילי, פמל לא ברור לאור תלמנת על ירדה בתחושה אצבע 5. פמל"א לא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועת, תחושה זוט גס שטורם בליים שנים דגב.

מטרת ההמניה: EMG גפיים עליונות כולל בשאלה של דיסקולופטיה לאחר קליניקה אשר אינה תואמת ל-CTS

84237  
JUN 1968

ד"ר פנחס סגל

7 12 3 13

\*\*\*החומר מכיל מידע מוגן של-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

7471 0211

15/05/2019

ל"ג ט"ז תמוז ה'תשנ"ג

00-34600067-2

הגדל: 3/3K773N

6df z000-91M

5/4/2019

11

**כללית סגל**  
רבי משה לוי

שם הרופא: ד"ר פנחס סגל  
מחלקה: אורתופד כושרות ומנהל מרפאה  
מחלקת רפואה: 84237  
כתובת: הרצל 34, רמת גן  
טלפון: 03-6752800  
פקס: 03-6752801  
מרפאה: הרצל - מרכז לרפואה יעוצת - רמת גן  
מחלקת: פ"ת

25/06/2019 תאריך

## הפניה לדימות

|                   |               |              |       |            |        |
|-------------------|---------------|--------------|-------|------------|--------|
| פרטי המטופל:      | 00-34600067-2 | 25.09        | ג     | 19/09/1993 | סרגיי  |
| אנדריאנוב אילנה   | מס זהות       | גיל          | מין   | תאריך      | שם האב |
| שם משפחה ושם פרטי | 22            | 54 - 5531113 | טלפון | סלפון      | סלפון  |
| רמת גן            | רחוב          | מס בית       | רחוב  | רחוב       | רחוב   |

32021346024

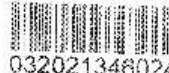
מספר הפניה:

טקסט שולח



2021

מספר הפניה



032021346024

תזו בבדיק



0346000672

רשימת רופא



084237

ביום הבדיקה נא לשלוח למשרד מכתב הרפואה ונדימות ב - 15 דקות לפני זמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם סופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד:  
אם הגיע בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליו לידוע את הרפואה הפונה לבדיקה שנת הצוות המומלצת כמובן הרפואה והרפואה.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין מור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכתוב: מכתב דימות

|          |               |          |               |
|----------|---------------|----------|---------------|
| שירות    | קוד           | שירות    | קוד           |
| רפואה    | 73073         | רפואה    | 73073         |
| 10404005 | CT גוף עליונה | 10404005 | CT גוף עליונה |



החולה מתלונן על:  
חלזות/ סיגות הפניה מתאריך 19/05/2019.  
מצב לאחר שבר מספרים 4-5 כף יד ימין כחודש קודם, לאחר חתך טופלה בפניוטרופיה.  
מציאות אדומים של סמל באצבעות כפות הידיים דו"צ.  
EMG תדום CTS קל דו"צ  
25/06/2019  
נבדקה מאפרת כף יד איילוב המולץ CT כף יד בשאלה של אחי השברים ורפואי העיסוק.  
תשובת EMG חוזר תדום רדיקולופתיה נואחת כרצית C4-5 C8-D1.

ממצאים עיקריים:  
בדיקה נוספת מתאריך 19/05/2019  
כפות ידיים ללא דלדול שרירים, טיבל קרולי שלילי, טיבל גוק שלילי, טיבל קוביטלי שלילי.  
פאל לא ברור לאחר חלזות על ידיה בוחשה אכזב 5.  
עומס: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או חבלה בתנועות, תחושה וכו' גם שמורים בידיים שונים דו"צ.  
25/06/2019  
ללא שינוי.

2 סה"כ

דף 1 מ 2

25/06/2019

00-34600067-2 הרפואה ע"י ד"ר פנחס סגל

הפניה לדימות  
אנדריאנוב אילנה

23

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

דין/תוכנית טיפולית  
ההפצות שהופקו ב 19/05/2019  
מספר בקשה  
25/06/2019

מטרת הבדיקה: מכון כף יד ימין בשאלה של איתני השברים?

CREATININE: 0.72 מתאריך 11/03/2019

84237

ד"ר פנחס סגל

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה והתקפות הרופא

בזמן רישון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפציה הרשום מעלה.



2 ת.ס  
המסמך הכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות \*\*\*  
הפניה לדימות  
אודריאטוב אילנה  
00-3460067-2 הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל  
25/06/2019  
דף 2 מ 2

<https://mail.google.com/mail/u/0/?zx=vfcdicbli8'e#inbox/WhotKJVJkwNJLVhssGPvJNVFLQdNbmMfDbgnRKJRGMTHNbVpwWKnCRrCVcDbnsq...> 1/

24

תאריך תשעת הדפוסות: 11.05.19/06/2019  
מספר רפואי

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



רפואה כללית ואסתטית  
מחלקת רפואה כללית ואסתטית

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

### סיכום ביקור רפואי

|                         |                         |                      |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| שם היחידה: מרפאה אסתטית | מספר המרפאה: פרטי 12797 | אולות אנו איתנו      |
| טלפון: 03-6974000       | פקס:                    | דוא"ר:               |
| שם המספר: אנדריאנוב     | שם פרטי: אילנה          | ת.ד.: 348688572      |
| תאריך לידה: 19/09/1993  | גיל: 25                 | טלפון: 054-593111    |
| מין: נקבה               | דיר: תמנן ימית          | מספר זיהוי: 20110701 |

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2019 שעה: 18:27 מספר ביקור: 37142274

לא ידועת רגשות לתרופות  
סיקור כאב  
המטופלת חשה כאב לא

סיכום ודין  
הנ"ל לאחר שבירים במסרקים 4+5 וימן 27.1.19  
הגיעה לביקורת  
הגבס בהפרוקססטניה מוגברת, מדווחת על רגשות אצבעות  
הגבס החליף  
קלינית-לא רגשות לרגשות  
בציולם-עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:  
ללא סימנים רגשות מסרקים  
מגיעה אצבעות מקשות אצבע 5  
פסיבית מגיעה כמעט ללא עם כאב  
שמוח ה VN

בציולם סימן אחיו לא מלאים

17.4.19  
מתלוננת על רגשות בכפות ידיים דוע יותר סימן  
אצבעות 1-5 רגשות מקריחים ער המרפק  
קובעה זימן לCMC

בבדיקה:  
ללא סימנים  
סוג אקטיבי וולא  
ללא רגשות מסרקים  
שמוח ה VN

בציולם אחיו מלא של מסרק 4 מסרק 5 אחיו זימן מלא

19.6.19  
מתלוננת על כאבים לסימנים

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 ויום 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 - ג

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  
חייכים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית  
במקרה של תאונת דרכים. יש להביא התחייבות מקופת חולים  
תעודת מזהה

לתשומת לבך:

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

טלפונים לברורים:

טלפון מס': 03-6974000

בקס' 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.
- 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, חצוני תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
- במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או גלגול במהלך או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
- המרפאה הינה בבית ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות. אין התחייבות לקבלת לרופא מקצועי ספציפי. הנותן שירות במרפאה.
- המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו חוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי כך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
- להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
- אפליקציות ניווט להולכי רגל בבית החולים נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
- ניתן לפנות בדואר אלקטרוני ככתובת: [ort-c@tlvmc.gov.il](mailto:ort-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: 34600872 | פקדה: | מחלקת בטיחות אשירות י"ת |
|--------------------|---------------|-------|-------------------------|

בבדיקת ימין מליים במימון אגבנות 1-5 דוג

בבדיקה:  
דורקן שלילי טייל חזב  
פאלו חזב  
טנח אקטיבית מלא ללא סזורנג  
שמורה IV  
טייל חזב במרפק מבחן מרפה שלילי  
ללא דילדול

-EMG  
ימן 4.1 AMP 9.1  
שמאל 4.1 AMP 9.8  
ימן CV 45154  
שמאל CV 58148

המלצות:  
CT קר די ימן- בשאלה של חיבור שברים  
רפוי בעיסוק בקופסא- עיסויים אמבטיות פראפן ימשך המעלה  
ביקורת בעוד חודשים  
הפניה לביטוח  
מופנה למתנות: לא

מכתב נתינת ע"י: דר' איזנברג גליעד אור 1117611



21

**מרכז הרצל**  
מרכז לרפואה יעצתית

שם הרופא: ד"ר פנחס סגל  
התחום: אורתופד מומחה וסגל מרפאה  
מספר רישיון: 84237  
כתובת: הרצל 34, רמת גן  
טלפון: 03-6752800  
פקס: 03-6752801  
מרכז הרצל - מרכז לרפואה יעצתית - רמת גן

תאריך: 25/06/2019

נופס בקשה

|                   |               |                 |             |
|-------------------|---------------|-----------------|-------------|
| פרטי המטופל       |               | אנדריאנוב אילנה |             |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל             | ת. לידה     |
| אנדריאנוב אילנה   | 00-34600067-2 | 25.08           | 19/09/1993  |
| רמת גן            | חיות          | מס בית          | טלפון       |
| ישוב              | רחוב          | 22              | 54 -5831113 |
|                   |               | מס בית          | טלפון מסר   |
|                   |               |                 | טלפון מסר   |

גרם שולח



2021

מספר רישיון



0346000672

מספר רישיון



084237

לכבוד: ריפוי בעיסוק

אבחנה משוערת

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

תלונות: תלונות/ חיבת הפניה מתאריך 19/05/2019.  
מצב לאחר שבר מטרקום 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן נופלה בפזיזות רפידה.  
מצינת ארועים של נפיל באמצעות כשה הימים דו"צ.  
EMG הדגים CTS קל דו"צ.  
25/06/2019  
נבדקה מאפרת כף יד אימית המלך CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.  
תשובת EMG חוזר הדגים דיקלופסיה צונית C4-5 C6-D1

ממצאים בבדיקה: בדיקה בופית מתאריך 15/05/2019.  
כפות היים ללא דילדוד שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל טיין שלילי, טינל קוביטלי שלילי.  
פאלק לא כרוך לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.  
עמשי"ץ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה זכז 25.  
שמורים בדיים שונים דו"צ.  
25/06/2019  
ללא שינוי.

ריון/תבנית סיפולית: ההפנית שהופקו ב 19/05/2019  
נופס בקשה: 25/06/2019

נופס בקשה: 25/06/2019  
אנדריאנוב אילנה  
מספר רישיון: 00-34600067-2  
הודפס ע"י: ד"ר פנחס סגל  
מספר בקשה: 25/06/2019  
מספר רישיון: 00-34600067-2  
הודפס ע"י: ד"ר פנחס סגל  
מספר בקשה: 25/06/2019

29



מטרת ההפניה: לבקשת מוסמך כף יד להפעלה כולל פארסון

84237

מספר רשיון

ד"ר פנחס סגל



דף 2 מ 2

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

25/06/2019

הודפס על ידי ד"ר פנחס סגל

00-34800067-2

סופס בקשה

אנדריאנוב אילנה

<https://mail.google.com/mail/u/0/?zx=vfcdci8je#inbox/WhctKJVJkwNjLVhssGPvJNVFLQdNmMIIDbgnRKRJrGMTIHnBVpwWKnCRrCVcDbsnq...> 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,

**להלן ממצאי 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 הקרפליית 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 ככל 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**  
 100 שנה למחלת 100 שנה

שם הרופא: ד"ר (רופא) אורן רודיק  
 תחום: אורתופדיה  
 מספר רישיון: 96864  
 טענות: אבן גבירול, 124  
 טלפון: 03-7622300  
 פקס: 03-7622304  
 מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב

תאריך: 01/09/2019  
 14:47

### הפניה כללית

|                   |               |            |            |            |
|-------------------|---------------|------------|------------|------------|
| פרטי המטופל:      | 00-34600067-2 | 19/09/1993 | 19/09/1993 | 19/09/1993 |
| אנדריאנוב אילנה   | 25.11         | 19/09/1993 | 19/09/1993 | 19/09/1993 |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל        | מין        | ת.ל.ד.     |
| רמת גן            | 22            | 54         | 54         | 54         |
| ישוב              | מס בית        | טלפון      | טלפון      | טלפון      |
| רחוב              | מס בית        | טלפון      | טלפון      | טלפון      |

מספר הפניה ישירה: 33288085398



לכבוד: EMG

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| שירות | שירות | שירות | שירות |
| רפואי | רפואי | רפואי | רפואי |
| 56016 | 56016 | 56016 | 56016 |

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

תלונות: תלונות/ סיבות הפניה מתאריך 25/06/2019  
 תלונות/ סיבות הפניה מתאריך 19/05/2019  
 מצב לאחר שבר מסרק 4-5 כף יד ימין בחודש יפאר, לאחר מכן טופלה בפזיוטרפיה.  
 מצייתת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.  
 EMG הדגים CTS קל דו"צ.  
 25/06/2019  
 בבדיקה מאפרת כף יד איילצב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים גריפי כניסוק.  
 חשבות EMG חזר הדגים רדיולופטיה צוארית כרופת C4-5 C8-D1.  
 01/09/2019  
 שבר מסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.  
 נמשכה לסבול מכאבים, בעיקר באיזור מסרק 5 הכאב בהפעלות עומס.  
 נימול כפות ידיים דו"צ מאותה תקופה. כולל את כל אצבעות כף היד.  
 מופיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיפוף מרפק.

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מביל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

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

הפניה כללית

אנדריאנוב אילנה

Bdf's0000

6102/2/K

01/09/2019

בליקציה 3 חודשים עם EMG חדש

ASININ DE

NGRIN 2/2000



01/09/2019

33

**כלית 100 שנה**  
מסי סוכה לעשרה

שם הרופא  
נחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פזס  
מורסאה: מגדל ההאה - מרכז מקצועי - תל אביב

01/09/2019 תאריך  
14:48

הפגיה כללית

|                   |      |               |       |       |       |            |        |
|-------------------|------|---------------|-------|-------|-------|------------|--------|
| פרטי המטופל       |      | 00-34600067-2 |       | 3     | 25.11 | 19/09/1993 | סרגיי  |
| אנדריאנוב אילנה   |      | מס זהות       |       | גל    | מין   | ת. לידה    | שם האב |
| שם משפחה ושם פרטי |      | 22            |       | 54    |       | 5931113    |        |
| רמת גן            | רחוב | מס ביה        | טלפון | טלפון |       | טלפון נוסף |        |
| ישוב              |      |               |       |       |       |            |        |

3288

מספר הנדסה  
033288085399

33288085399  
7722 771  
0346000672

מספר הפרדה:  
מספר רישון  
096864

לְכַבֵּד: רִפּוּי בַּעֲסוֹתָ

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| שירות | שירות שנבחר                                          |
| רפואי | קוד קוד                                              |
| 81001 | שירות משה"ג                                          |
|       | 97003 ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוטרת |

| OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |  | תאריך | מספר | מספר חשבון |
|-----------------------------------------|--|-------|------|------------|
| mild bil cts                            |  |       |      |            |
| susp cervicalgia                        |  |       |      |            |



תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2019  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:  
מצב לאחר שגבר מסרוקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר. לאחר מכן טופלה בפיזיותרפיה.  
מציגת אדמנים של בימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.  
EMG הדגים 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 הדגים רדיקולופסיה צווארית כרונית C4-S C6-D1.  
01/09/2019  
שבר מסרוק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019. טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.  
ממשיכה לסבול מאדמנים, בעיקר באיזור מסרוק 5. האכזב בהפעלת עונוס.  
בימול כפות ידיים דו"צ מאומה תקופת. כולל את כל אצבעות כף הויד.  
מוסיף לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיוסוף מרפק.

7.7.0

281 ၅၇

**\*\*\*הקסטון מכל מידע טובן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\***

04/09/2019

הודפס ע"י צ"ר (רומא) אורן רוזיק 00-34600067-2

ה'תשנ"ב 25N773N

5df:000-0wv

6/2/2019

- 44 -



שם הרופא: ד"ר (רופא) אורן רודיק  
תחום: אורתופדיה  
מספר רשיון: 96864  
כתובת: אבן גבירול, 124  
טלפון: 03-7622300  
פקס: 03-7622304  
מראה: מגדל המאה - תחנה מקצועי - תל אביב

תאריך: 01/09/2019

### הפניה כללית - נוסח חופשי

|                 |                   |            |                   |           |
|-----------------|-------------------|------------|-------------------|-----------|
| פרטי המטופל     | 00-34600067-2     | גיל: 25.11 | ג: 19/09/1993     | סרגי      |
| אנדריאנוב אילנה | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    | ת לידה            | שם האב    |
| רמת גן          | רחוב              | מס בית: 22 | טלפון: 54-5931113 | טלפון מסך |
| ישוב            |                   |            |                   |           |

מספר שולח  
3288

מספר הפניה  
033288085400

תז נבדק  
0346000672

מספר רשיון  
096864

### לכבוד: חנות אורטופדיה

אבחנה משוערת

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

תלומת: תלומת/ סיבת הפניה מתאריך: 25/06/2019  
תלומת: סיבת הפניה מתאריך: 19/06/2019  
מצב לאחר שבר מסרק 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן סופלה בפיזיותרפיה.  
מצינת ארבעה של כחול באצבעות כפות הידיים דו"צ.  
EMG הדגים CTS קל דו"צ  
25/06/2019  
נבדקה מאפרת כף יד איכולוב הומלץ CT כף יד בשאלה של אחיו השברים וריפוי בעיסוק  
תשובת EMG חוזר הדגים דיקולופסיה צוארית כחנית C4-5 C8-D1  
01/09/2019  
שבר מסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, סופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.  
ממשיכה לסבול מכאבים, בעיקר באזור מסרק 5. הסאב בהפעלת עומס.  
נימול כפות ידיים ודו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד.  
מופיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיפוף מרפק.  
בבדיקה - ספולוג תקין.  
טיול שלילי קוביטלי,  
שורש יד - טיול חיובי שמאל, שלילי ימין, דורקן שלילי דו"צ, פאלן חיובי דו"צ.  
ללא דלדול, כח גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא סינוינג.  
השלימה CT כף יד - רושם לחיבור של השברים.  
EMG 19.5.19  
מדיאני ימין ML 4.1 SAP 3.8  
מדיאני שמאל ML 4.1 SAP 3.9  
אולטרס CV 48 ימין

דף 1 מ 2

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

הפניה כללית - נוסח חופשי

01/09/2019 הודפס ע"י ד"ר (רופא) אורן רודיק

אנדריאנוב אילנה

- 46 -



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 תחוד 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 שהיכרו 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



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 8:00-17:00



באתר האינטרנט  
www.btl.gov.il



40

- 50 -

41

## 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 בונן, 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

ကလေး

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

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

978-0313571509 (hbk) 2007 224 pp.



43

## החלטה

## קביעת אחוזים רפואיים

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

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי  
אני 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 עליי:

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: אריה זיו      כחורגיה אורטופדית      מספר רישיון: 15469

הצהרה של מזכיר המעדה: חיים בוק

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: חיים בזן

978-031393 (AQ2369) 415 D1 PhysEd0099731 J7396741062403 Only





45

**דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות**

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

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

**פרטים אישיים**

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

**פרטי התביעה**

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

**תשלום דמי פגיעה**

**תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה**

|                      |                        |                  |
|----------------------|------------------------|------------------|
| מתאריך<br>28/01/2019 | עד תאריך<br>28/04/2019 | פירוט<br>91 ימים |
|----------------------|------------------------|------------------|

**תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה**

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

**החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020**

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

46

**מכחות בדיון**

|                                       |                                                                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| התובע נכח בדיון<br>עורך דין נכח בדיון | זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות<br>אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

**משתתפי הוועדה**

|                         |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| בוריס יוסף<br>חיים בונן | כירורגיה אורטופדית<br>מזכיר הישיבה |
|-------------------------|------------------------------------|

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

|                  |                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| לקוח<br>עורך דין | אין שינוי עדיין מטופלת במסגרת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. עובדת כמעצבת גרפית 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 זקיים 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)<br>ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות | 10%<br>צמית | - איבר גפה עליונה<br>- 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 הועדה

## 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, אלעזר אריאל מס' 346000672 מרחוב הירון 22, רמת א נגד  
ת.ז. מס' 346000672 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של 22.1.19 מבלי לפגוע בכלליות המינוי  
הנ"ל יהיה בא כוחי 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 הכרות פשיטת רגל, או פרוק 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 בנכחותי ו/או בהעדרי.
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, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 2 שנה 2019

חתימה: אילנה X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג  
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

אריאל פרייברג, ע"ד  
משרד עורכי דין



**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 |
| אגרימיר  | ע'ר     | 346000672  |        |
| חיות     | מס' 22  | חתימה      | טלפון  |
| רחוב     | עיר     | מיקוד      |        |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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.        |
| מכונים, מעבדות: | 1.    | 2.       | 3.        |
|                 | 4.    | 3.       | 4.        |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

|                       |         |                      |       |
|-----------------------|---------|----------------------|-------|
| במקרה של קטין: שם האב | ת.ז.    | שם האב               | ת.ז.  |
| עו"ד אריאל פריינד     | 27219   | ע"ד לחתימה ומס' ת.ז. | 27219 |
| תאריך:                | 27.2.19 | חתימה:               | X     |

יפוי כח  
הריני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_  
מתאים למקור  
אריאל פריינד, 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 ארמלניק 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: | 2011  | הפגיעה: | עקיצת יד ימין | המוסד הרפואי: | לא טופל |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____         | המוסד הרפואי: | _____   |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____         | המוסד הרפואי: | _____   |

אלר ארמלניק  
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן פרידמן, מרחוב גאול אלון 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום 3.3.20  
הופיעה בפני אלר ארמלניק (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](mailto: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](mailto: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 תטען, 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 הפוטרויות 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"