

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

2. הראל חברה לביטוח בע"מ, 520004078

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



**שולחת ההודעה
לצד שלישי:**

"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות-דרכים

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

-נגד-

הצד השלישי:

דן תחבורה ציבורית בע"מ, 513183046

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



נספח 1 :

כתב תביעה מתוקן



(עמודים 6 עד 9)

כתב תביעה מתוקן

התובעת:

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672

מרחוב חרות 22, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל': 7412358 - 03, פקס: 3180983 - 077

- נגד -

הנתבעות:

1. קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

באמצעות ב"כ עו"ד אילן חגי ואח'

מרחוב זבוטינסקי 33, רמת גן

טל': 03-5759090 ; פקס: 03-5759091

2. הראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, רמת גן

מהות התביעה:

נזיקין - נזקי גוף,

לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,

התשל"ה - 1975.

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה - עד גובה סמכות בית המשפט

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

א. 30% מיום 29.4.19 ועד ליום 31.8.19.

ב. 20% מיום 1.9.19 ועד ליום 31.12.19.

ג. 10% מיום 1.1.20 ועד ליום 31.3.20.

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

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

13. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים ומהגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, מהירדמות באצבעות וחולשה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה ובאחיזת 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	מספר תיק פלא	2019	43457 / כללי
יחידת בוחנים מחוז תא	מס' תיק	0	28/01/2019
תאריך	מס' תיק	0	28/01/2019
מס' תיק מסוף	מס' תיק	0	28/01/2019
טלפון	מס' תיק	03-6802222	03-6803807
כתובת	מס' תיק	אמץ 2, תל אביב	johananim.telaviv@police.gov.il
נשא המסמך	מס' תיק	מס' תיק	מס' תיק

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:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	(אופניים) (במערכת ת.ד)	סוג ליחית
חברת ביטוח	מספר פוליסה	אחר
אין ביטוח	שם	שנת לידה
שיוך המעורב	ת.ז.	נהג
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	אוטובוס צבורי	סוג ליחית
חברת ביטוח	מספר פוליסה	ישראלית
לא הוצג	שם	שנת לידה
שיוך המעורב	ת.ז.	נהג
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רמת גן, חרות 22	הדסה עירונ - איכילוב	

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

פרטי המספר בתיק	שם משפחה	שם פרטי
מ"א	לוי	מעם
957464		
פרטי השוטף המוסר	שם משפחה	שם פרטי
מ"א	דרגה	נועם
957464	רסב	



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 ארטובוס
חבלת יד ימין
לא מחוסנת נגד טטנוס

מצב טוב

יציבה המודינמי, נירולוגי, גשימתי
נפוחות ורגישות-כף יד ושורש 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 באוויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

מדדים

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

בדיקות דם שכיחות

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

ביצוע תרופות

צורת 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 משחררת

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 ← 21308 21/6/18
21/6/18

11/11/56 31 62 1172

1-100342 NO
1-100342 NO





המחלקה לרדיולוגיה אבחנותית-הדמיה

מ"ח:

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה	סרגיי
25	מ.ז.
34800067-2	מין אבחולט
27.01.19	מין אבחולט
11843700	מקרה:
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

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נמילה
☐ בהריון
☐ 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 אורתופדי	מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית: נטע גלעם 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 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 הדיסטלית. 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
1000 mg	30/01/2019 12:14 כהן חן	Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg
P.O.			

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 במערכת ההדמיה

אנדריאנוב אילנה	
25	סרגיי
34600067-2	מ.ז.מ.
30.01.19	י.מ.א.ר.ט.א.מ.
	מ.ק.א.ר.ט.א.מ.
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 / חוזר

☐ ביוור מנע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חפצני
מסכה / משקפיים
חתימה

בצוע הבדיקה: במחלקה חרטטגית / במיטת חחולה

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

פרטים קליניים:

3.5, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

AP+LAT

הבדיקה חדרושה:

הנחשה ל:

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

תאריך

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





המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בית:

חזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה
 25 סרג'י
 34600067-2 מ.ז.
 30.01.19 מין ארטוסד
 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 נגע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חמור
 נוסחה / נוסקיים
 ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטות החולה

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

פרטים קליניים:

44563/4
 ירדן

הבדיקה הדרושה:

רגישות ל:

תאריך

ת"א
 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
משרד הבריאות, תל-אביב
מסונף לפקולטה לרפואה
ע"ש סאקלר, אוניברסיטת 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: 1.9249 **בדיקת רופא אורתופד - ב**

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות 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. יתן 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
BacckerSchool 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	אחיות אחראיות:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ר:
שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ז.: 346000678
תאריך לידה: 19/08/1983	גיל: 35	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

הגבס הנוסף

קלנית - ללא ראשם לרצועה

בצילום - עמרה מתהבלת

6.3.19

בבדיקת

ללא סימנים רגישות מסדקים

מינה אצלעות חקשית אצלע 5

מסיבות מניעה כמעט למלא עם כאב

שמה VN

בצלום סימני אחיז לא מלאים

המלצות

בא להתחיל פיזיותרפיה ורפוי בעיסוק הפעלה אקטיבית וקטגורית נוצרת עד כאב

חופשת מחלה חודשיים

אין לבצע מאמצים עם היד

ביקורת בעד חודש וחצי

הפניה לניתוח

מומנה למתוח. לא

מכתב נהתם ע"י

ד"ר אינגברג סלע משה 1117611

ד"ר אינגברג סלע משה
המטופלת חתמה על
ההסכמה למעקב רפואי
החתימה נמצאה על
הקובץ

14

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



מסד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
ממנהל לרפואה ע"ש סוראסקי
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
יחד ובעזרת 6 תל-אביב 6423906
טל 03-6974444

06.03.2019

למבד
אנדריאנוב אילנה
חלות 22-99
רמת גן 5254130

א.ג.2.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

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

כמות
1

לבדיקות: 19249 בדיקת רופא אורתופד - ב

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להגיע; הכנייה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות
וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
היילים 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 לבדורים: טלפון מסי': 03-6974000

פקס' מסי': 03-6973740

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא מודיענו בהקדם האפשרי

הערות:

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

בברכה.
הנהלת מרפאות חוץ

(TATTANAM)

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

תאריך: 19/03/2019

תעודת רפואית מסמכת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל	אנדריאנוב אילנה	מספר זהות	00-34600067-2	גיל	25.06	מין	נ	ת. לידה	19/09/1983	סרגיי	שם חתן
שם משפחה ושם פרטי											
ישוב	רחוב	מס בית	0	טלפון	5931113	טלפון נייד	84				

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 הומנזי

כתוצאה מהסגיעה המוזהרת 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 אירינה 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 00-34600067-2 חודש ע"י ד"ר אירינה גורביץ 19/03/2019 דף 1 מ 1

16

ע"ש פוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות - שדות חובה!

ההזמנה מופנית ☐ רנטגן כללי ☐ (כלל שיקוף - IVP) ☐ CT ☐ US ☐ MRI מופס נפרד		שם החולה: _____ תעודת זהות: _____ שם הרופא: _____ טלפון: _____
---	--	---

חלק א' ימלא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף
☐ מקום הבצוע: _____ ☐ במחלקת האשפוז (גיידות)

מצב החולה ושינוע

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

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כלל בדיקות הדמיה ורלבנטיות):

השאלה לרדיולוג: _____
 הבדיקה הדרושה: _____
 החתימה והחותמת: _____
 טלפון / ביפר: _____
 תאריך: _____

חלק ב' ימלא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיורפיה

פעולות פולשניות PT (sec.) _____ PTT (sec.) _____ INR _____ Pli. (/MCRL) _____ Hg (gr/dL) _____	תיסקורי כלית BUN _____ או _____ CREATININE _____ האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיורפיה? ☐ 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 אנגיורפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה חושש 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: _____ הערת הרדיולוג: _____ דחיפת הריצ'ט: _____ הוראות ביצוע: _____	סרטים 13/18 18/24 24/30 35/43 8/10 ליזר אחר תזכיר: _____ מקולקלים: _____ ח. ניגוד: _____ סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____ תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____
---	---



מקיים-6520413489

17

רפאה: ממן פידומרפיה זבוטנסקי מתח: דן-פ"ח

08/04/2019 תאריך

719 R O 512 R O

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	19/09/1993	סרגי
אנדריאנוב אילנה					
רמת גן	רחוב	מס בית	טלפון	54 -5931113	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 190503812 מספר זיהוי הפניה: 33224161803

תאריך הפניה: 03/03/2019

סוג הביקורים לסדרת: 2 תאונת עבודה

רשימת חופא: 27363

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

מַרְפָּאָה: מַרְפָּאָה מַעְרָב

מקצוע: חשב כללי

אבותה בהפניה:

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

מבחר לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
FRACTURE METACARPALS CLOSED	8150	מיני

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

08/0
מס' תיק: 00321
תאריך: 02-07-2016
16

מס' ביקורים בפועל: 2 פרטני: 5

0 מ'א' הופעת ל'ט'פ'ל:

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשוני - בדיקה של פידוטרפס
2	הדרכה וטיפול (לאורח חייה בריא)
2	הדרכה לתרגול בבית

סיבת סיום טיפול: 01-00 סיום טיפול

20197

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ל'פ"ט ט"ו

08/04/2019

00-3460067-2 הודפס ע"י ברדילי סלי

אדד'ר'אב'א י'א

18

סגירת הסידרה	דיוג בעת	צד	איבר	סגירת הסידרה

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 מכן שירותי רפואה ותרופות
מ.ר. 123456
חתימה וחומת

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
ביקצית בעוד חודשיים
הפניה לניתוח
מפנה לניתוח לא

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

1984-1985



שם הרופא	ד"ר פנחס סגל
התום	אורחוד מומחה ומנהל מרפאה
מספר רישוי	84237
כתובת	הרצל 34, רמת גן
טלפון	03-6752800
פקס	03-6752801
מרפאה/הרצל	מרכז לרפואה ילדים - רמת גן

השופט

084237

אברהם משה



מטרת ההפניה: EMG גפים עליונות כולל בשאלה של דיסקולוסטיה לאחר קליניקה אשר אינה תואמת ל-CTS

84237 ד"ר פנחס סגל
1968 רשין

הגדלה של מספר המכשירים

11

כללית סגל
רבי משה לוי

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

25/06/2019 תאריך

הפניה לדימות

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

32021346024

מספר הפניה:



ביום הבדיקה נא לנסות למשורר מנח הרנסון נבדקות ב - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם סוסס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד:
אם הגרן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליו לידוע את הרופא המפנה לבדיקה שנת הצוות המומלץ כמובן הרנסון והרומה.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור האחרון.

לכתוב: מרכז דימות

שירות	קוד	שירות	קוד
רפואה	73073	משה"ב	17039
10404005	CT גפה עליונה		



החולה מתלונן על:
חלזות/ סיבה הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקס 4-5 כף יד ימין כחודש קודם, לאחר חכן טופלה בפזיוטרפיה.
תשיבת ארועים של סמול באצבעות כפות הידיים ד"צ.
EMG תדום CTS קל ד"צ
25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד איילוב המולץ CT כף יד בשאלה של אחיו השברים ורפמי
דעיסוק.
תשובת EMG חוזר תדום רדיקולופתיה נזארת כרצית C4-5 C8-D1.

ממצאים עיקריים:
בדיקה נוספת מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דלדול שרירים, טיבל קרולי שלילי, טיבל גוקן שלילי, טיבל קוביטלי שלילי.
פאלל לא ברור לאחר חלזות על ידיה בנתונה אכבע 5
עמשי"צ. ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או חבלה בנתונות, תחושה וכו' גם
שמורים בידיים שהים ד"צ.
25/06/2019
ללא שינוי.

2 סה"כ

דף 1 מ 2

25/06/2019

הרפס ע"י ד"ר פנחס סגל

00-34600067-2

הפניה לדימות
אנדריאנוב אילנה

23

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

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

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

CREATININE: 0.72 מתאריך 11/03/2019

84237

ד"ר פנחס סגל

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה והתקנת חרופא

בזמן רישון, ביטול, שינוי מועד התקן יש לצייין בפני טכני השירות את מספר ההפציה הרשום בעלה.



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
2 ת.ס

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

תאריך תשעת הדפוס: 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 ואמריקאית
מחלקת רפואה כללית ואמריקאית

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 אמריקאית	מספר המרפאה: פרמ' 12797	אילנות אור ארז
טלפון: 03-6974000	פקס:	דניאל
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: 20110101

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 במסרק 4+5 וימן 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהפרוקססטניה מוגברת, מדווחת על דיווח אצלנו
הגבס החליף
קלינית-לא רגשם לרפואה
בצילום-עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:
ללא סימנים רגשיים מסרקים
מגיעה אצלנו מקשות אצלנו 5
פסיכית מביעה כמעט ללא עם כאב
שמוח ה VN

בצילום סימן אחי לא מלאים

17.4.19

מתלוננת על דיווחות בכפוף ימים דיווח יותר סימן
אצלנו 1-5 לעיתים מקריחים על המרפק
קובעה זמן לCMC

בבדיקה:

ללא סימנים
סוג אקטיבי ולא
ללא רגשיים מסרקים
שמוח ה VN

בצילום אחי מלא של מסרק 4 מסרק 5 אחי ורגש מלא

19.6.19

מתלוננת על כאבים לסימנים

19.06.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
תרות 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 געור במהלך או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
 - המרפאה הינה בבית ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות. אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי. הנותן שירות במרפאה.
 - המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו תוראת 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
- 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 אוריאמב	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 לניתוח
מופנה למתחת: 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

25/06/2019

תאריך

נופס בקשה

פרטי המטופל		אנדריאנוב אילנה	
00-34600067-2	25.06	19/09/1993	סרגיי
מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
22	54	-5831113	טלפון מסר
מס בית	רחוב	רמת גן	ישוב

גרם שולח



2021

תז נבדק



0346000672

מספר רישיון



084237

לכבוד: רופא בעיסוק

אבחנה משוערת

אבחנה	אפיון	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 אימילוב המלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר מדגים דיקלופסיה צוואית כרונת 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 הגבלת 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
אנדריאנוב אילנה
00-34600067-2
הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל
25/06/2019
דף 1 מ 2
המסמך נכיל מידע חוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

29



מטרת ההפניה: לבקשת ממשלה כף יד להפעלה כולל פארסין

84237

מספר רשיון

ד"ר פנחס סגל



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

25/06/2019

הדפסת ע"י 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
בית דן

שם הרופא: ד"ר (רופא) אורן רודיק
תחום: אורתופדיה
מספר רישיון: 96864
טענות: אבן גבירול, 124
טלפון: 03-7622300
פקס: 03-7622304
מחוזות: א

תאריך: 01/09/2019
14:47

הפניה כללית

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

מספר הפניה ישירה: 33288085398



לכבוד: EMG

שירות	רפואי	תאור רפואי	קוד	קוד
56016		אלקטרומיוגרפיה EMG	95861	56016

אבחנה משוערת	אבחנה
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	
mild bil cts	
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.
חשובת 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.
מפיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיסוף 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

6102/2/6

33

כלית 100 שנה
מסי סוכה לעשייה

שם הרופא
נחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
עמם
מורסאה: מגדל ההמא - מרכז מקצועי - תל אביב

01/09/2019 תאריך
14:48

הפגיה כללית

פרטי המטופל		00-34600067-2		19/09/1993		סוגי	
אנדריאנוב אילנה		מס זהות		ת.ל		שם האב	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		ת.ל		שם האב	
רחוב		מס בית		54		טלפון	
רחוב		מס בית		54		טלפון	
רחוב		מס בית		54		טלפון	

3288

מספר הנדסה
033288085399

33288085399
7723 121
0346000672

מספר הפרדה:
מספר רישון
096864

לְכַבֵּד: רִפּוּי בַעֲסוֹתָ

שירות	שירות שנבחר
רפואי	קוד קוד
81001	שירות משנה"ג
	97003 ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION		תאריך	מספר
mild bil cts			7
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 דיקולופסיה 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 מאונות תקופה. כולל את כל אצבעות כף היד.
מוסיף לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיוסוף מרפק.

281 ၅၇

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

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

42N 25N 773N

הגדלה 25% ו77%

5df:000-0wv

6/2/2019

- 44 -



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה: מגדל המאה - תחנה מקצועי - תל אביב
מחוזת: א

01/09/2019 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל	00-34600067-2	25.11	ג	19/09/1993	סרגי
אנדריאנוב אילנה	מס זהות	גיל	מין	ת לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	22	מס בית	54	טלפון	טלפון מסך
רמת גן	רחוב	חנות	רחוב	טלפון	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 טופלה
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 רדיקולופטיה צווארית כחנית C4-5 C8-D1
01/09/2019
שבר מסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, טופלה 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 סימני
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 45 ימין CV 48

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

36

בבדיקה - ספולוג תקין.
טינל שלילי קוביטלי.
שורש יד - טינל חזבי שמאל, שלילי ימין, דארקן שלילי דו-צ, פאלן חיובי דו-צ.
ללא דלדול, כת גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא סיזרינג.
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
אולבריס CV 46 ימין 48

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 25/06/2019.
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דלדול שורשים, טינל קרפלי שלילי, טינל גזין שלילי, טינל
קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוף גס
שמורים בידיים שונים דו-צ.
25/06/2019
ללא שינוי.
01/09/2019

דין/תוכנית טיפולית: דין/תוכנית טיפולית מתאריך 25/06/2019.
ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
25/06/2019
ההפניות שהופקו ב 25/06/2019:
הפניה לדימוס - 78073-ט.מ. CT גפה עליונה, טופס בקשה - לבקשת מומחה
כף יד להפעלה כולל
01/09/2019
המשך שימוש בסדי לילה שורש יד
ביקורת 3 חודשים עם EMG חדש


התימה וחזרתות הרופא

96864
מספר רשיון

ד"ר (רופא) אורן רוזיק
שם הרופא



בעת זימון, ביטול, שינוי תועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבניה"ה של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מאריך טופס 17. רשימת ב"ח
מפורסמת באזור הכללית

דף 2 מ 2

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

01/09/2019 הודפס על ידי ד"ר (רופא) אורן רוזיק 00-34600067-2

הפניה כללית

אנדריאנוב אילנה

Edf:9000-00W

6107/2

37

מסמך מס' 2033307		תאריך: 04/03/2020	
שם: רופא מפקח		מקום: רמת השרון	
מספר: 89012		תחום: רפואת ילדים	
מספר: 346000572		תאריך: 19/09/1993	

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

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

תוצאות צילוחי כף יד AP + OBL ימין

נבדל מפירלי ישן 5MC, יתכן גם 4MC.

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

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



38

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

דמי פגיעה

המוסד לביטוח לאומי



סניף: רמת גן
 חשמונאים 15
 רמת גן 5248284

תיק: 346000672-60-01

סוג תנוד 3

לכבוד
 אילנה אנדריאנוב
 חרות 22
 רמת גן 5254130

561-045-038

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



מספר תיק: 34600067-2

תאריך פגיעה: 27/01/2019

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 27/01/2019

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

הפגישות 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

דבר 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

מסקנות

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 עד: 31/08/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		30% זמני	
מ: 01/09/2019 עד: 31/12/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		20% זמני	
מ: 01/01/2020 עד: 31/03/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)		10% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

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



44

הצהרה שלי: 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 בן

978-031393 (AQ2369) 4/5 D1 PhysEd8099731 J73967410/62408 Only





45

דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

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

פרטים אישיים

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

פרטי התביעה

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

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

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

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

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

החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020

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

46

מכחות בדיון

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

משתתפי הוועדה

בוריס יוסף	כירורגיה אורטופדית
חיים בונן	מזכיר הישיבה

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

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

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

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

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

חתימה:

47

ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה כף יד ימין ללא ניפוחות או עיוות עצמות תנועות אצבעות חופשיות מבצעת קמיצת אגרוף מלא ללא חוסר ניוורוסקולרי ביד רגישות מעל מסרק 4.5 צילום ביקורת 04.03.2020 שבר אלכסון מסרק 4.5 עם חיבור 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) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות	10% צמית	- איבר גפה עליונה - צד: ימין

שקלול הנכות הרפואית

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

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

הצהרה של חברי 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, אליר אריאל מס' 346000672 מרחוב הירון 22, רמת א נגד ממנה 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' רישיון: 62254

עורך-דין

אריאל פרייברג, עו"ד



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.	2254
תאריך:	חתימה:	חתימה:	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:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

חתימה
X

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן פריד, 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 עלי/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפורה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

נספח 3 :

כתב הגנה מתוקן



(עמודים 64 עד 69)

כתב הגנה מתוקן מטעם הנתבעת (1)

התובעת:

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672

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

-נגד-

הנתבעת:

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

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

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

2. הראל חברה לביטוח בע"מ, 520004078

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי נטל ההוכחה לקיומו של חריג בפוליסת הביטוח, אם קיים, דבר המוכחש, ו/או נטל ההוכחה לקיומן של נסיבות 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"