

**Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator**

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

21 נובמבר 2021

**אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד ומגשר**

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

**בפקס
מבלי לפגוע בזכויות**

**לכבוד
AIG חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל**

ח.נ.,

**הנדון: תאונה מיום 21/06/20
רכב מ.ר. 92-206-39
הנפגע: אביב קלדרון, ת.ז. 214303703**

1. ביום 21/06/20 בשעה 20:02 או בסמוך לכך, בכניסה לכפר רות, היה הרכב שבנדון מעורב בתאונה ומרשי נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

מצ"ב אישור משטרה ואישור בדבר דיווח למשטרה.

2. לאחר התאונה טופל מרשי בבית החולים אסף הרופא, שם אובחנו חבלות בגפיים העליונות ובברך שמאל. כן הודגמו חתכים בזרועות וברגלו השמאלית אשר חוטאו במקום. בדיקות הדמיה אשר בוצעו לו לא הדגימו שברים, אולם, נוכח הכאבים העזים והחשד לשבר ידו הושמה בסד קשיח.

3. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני ואשפוז בן כמה שעות שוחרר מרשי לביתו כשידו נתונה בסד קשיח ושזרוע ימין וברך שמאל חבושות, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת שבועיים.

רצ"ב גליון חדר מיון וסכום אשפוז.

4. גם בתום חופשת המחלה בת השבועיים המשיך מרשי לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הגפיים העליונות וברך שמאל ובמשך תקופה ארוכה מכך נאלץ מרשי לשהות בביתו מחמת מגבלותיו ועל מנת שלא לחשוף את החתכים לשמש.

5. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובל מרשי מצלקות מכערות המעטרות את ידו הימנית ואת רגלו.

6. מרשי, קטין במועד התאונה אשר תיכנן לעבוד בתקופת חופשת הקיץ נאלץ לשהות בביתו ונגרמו לו הפסדי שכר.

7. לאחר התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ויזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

8. כן, נאלץ לקבל עזרה מוגברת וטיפול מהוריו אשר נאלצו להישאר בביתם ולהעניק לו סיוע.

9. מאז התאונה, סובל מרשי מכאבים ומהגבלה בתנועות יד ימין ומצלקות מכערות המעטרת את זרועו והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

רצ"ב תמונות עדכניות.

10. מומחים רפואיים רלוונטיים המייעצים למשרדנו מעריכים את נכותו בשיעור של 5%-10%.

11. בשים לב להיותו קטין במועד התאונה ולהלכה השלטת נכותו הרפואית שווה לנכותו התפקודית.

12. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי, על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובאלי בסך 165,000 ₪ ב תוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ

13. לחילופין, אודה לקבלת רשימת מומחים מוסכמים לצורך בדיקת מרשי וקביעת נכותו כתוצאה מהתאונה.

14. לעיונכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,



**אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין**

אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

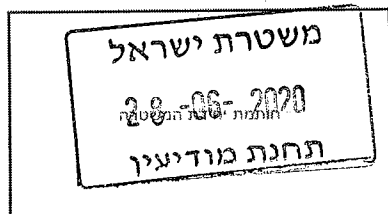
פרטים כלליים

313099 /	2020	מספר תיק פלא	שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז	יחידה
ת.ד.	ת.ד.	סיווג תיק	12:55	תאריך
		מס' מסמך בתיק	5208 - 3783 - 2020 - 3	מס' תיק מסוף
08-9726418		פקס	08-9371419	טלפון
bohanim.shfela@police.gov.il		מייל	שדרות חשמונאים 2, מודיעין	כתובת
				נושא המסמך

פרטי האישור

הריני לאשר שבתאריך 21/06/2020 בשעה 04:59 ביחידת המשטרה: שלוחת בוחנים שפלה מחוז מ
 הודיע (ה) אביב אברהם קלדרון
 מס' 214303703 ת"ז מס' תאגיד
 על:
 תאונת רמזור בין 2 כלי רכב פרטיים. פרטית יונדאי נסע בכביש 446 מכיוון צפון לדרום
 בהגיעה לצומת המרומזר כניסה רות פנתה שמאלה והתנגשה עם פרטית מאזדה
 שהגיעה ממולה.

בתאריך: 21/06/2020 בשעה 02:20 במקום האירוע: כניסה לכפר רות בכביש בין עירוני
 תיאור הרכב: פרטי נוסעים
 לוחית: ישראלית מספר רכב: 9220639 תוצר: יונדאי צ'כיה
 תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:
 הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.



פרטי השוטר מפיק הדו"ח

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א	1235266
	סימה	פרג	רטר	
	חתימה:	בשעה 12:55	28/06/2020	הופק בתאריך:

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
תאריך 22/06/2020 ל' סיון תש"פ 10:43
מס' תיק מסוף 3 - 2020 - 3783 - 5208
טלפון 08-9371419
כתובת הרצל 206, רחובות
נושא המסמך
מספר תיק 313099 / 2020
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך בתיק ה
פקס 08-9371580
מייל bohanim.shfela@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 21/06/2020 בשעה 02:20
2. מקום התאונה: כניסה לכפר רות בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב 7212251	סוג רכב פרטי נוסעים 5 דלתות	תוצר רכב מזדה יפן
לא הוצג	חברת ביטוח	מספר פוליסה
שיוך המעורב (1) נהג	ת.ז. 212124234	שם יעקב סלומון
כתובת אילת, דרדר 3	מעורבים ברכב:	קופ"ח / בית חולים קופ"ח / בית חולים
שנת לידה 04/12/2000	סוג לוחית ישראלית	חומרת הפגיעה חומרת הפגיעה

פרטי הרכב:

מספר רכב 9220639	סוג רכב פרטי נוסעים	תוצר רכב יונדאי צ'כיה
לא הוצג	חברת ביטוח	מספר פוליסה
שיוך המעורב (1) בעל רכב	ת.ז. 32185506	שם מיכל חן
כתובת חולון, פיכמן 13	מעורבים ברכב:	קופ"ח / בית חולים קופ"ח / בית חולים
שנת לידה 10/06/1975	סוג לוחית ישראלית	חומרת הפגיעה חומרת הפגיעה

(2)

שיוך המעורב נהג	ת.ז. 214009672	שם עילי גל
כתובת שילת, חצב 5	מעורבים ברכב:	קופ"ח / בית חולים קופ"ח / בית חולים
שנת לידה 26/12/2002	סוג לוחית ישראלית	חומרת הפגיעה חומרת הפגיעה

(3)

שיוך המעורב נוסע	ת.ז. 213637481	שם מתן שבכר
כתובת מודיעין, רא"ל דוד אלע 48	מעורבים ברכב:	קופ"ח / בית חולים קופ"ח / בית חולים
שנת לידה 25/04/2003	סוג לוחית ישראלית	חומרת הפגיעה חומרת הפגיעה

(4)

שיוך המעורב נוסע	ת.ז. 214303703	שם אביב אברהם קלדרון
כתובת לפיד, הרי ירושלים 41	מעורבים ברכב:	קופ"ח / בית חולים קופ"ח / בית חולים
שנת לידה 06/06/2003	סוג לוחית ישראלית	חומרת הפגיעה חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:

מלד : מ.כ.מ.א.ר.ת.א.ר.ל / מיון אורתופד מקרה : 11525553
 מ.ז. : 21430370-3 שם : קלדרון אביב אברהם
 אב : איציק יצ כתובת : הרי ירושלים 41 לפיד
 סוג : אזור : טל : 052-5741742 ת.לידה : 06.06.2003
 קופ"ח : מכבי
 סיבה : תאונת דרכים
 ת.קבלה : 21.06.20 03:44
 מפעיל : ELIASAV

אסף הרופא

המרכז
הרפואי
שמיר



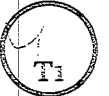
מהלך לרפואה דחופה
 המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001
 מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
 www.assafh.org 08-9779909 08-9779910/1
 מנהל מלר"ד: ד"ר שריסט משה
 את אחראי: מר גרגורי גרנובסקי



ממתין ☐ לא ממתין ☐ שעה _____ חתימה _____ גיל _____ משקל _____

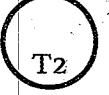
ידון זיהוי ☐

סיבת הפנייה



רקע רפואי

רגישות לתרופות: ☐ לא ידוע ☐ כן, ראה פירוט בדף הוראות



שעה _____ חתימה _____ מחולל _____

הובא ע"י	נשימה	מצב רגשי	שימוש בעזרים	מצב הכרה	מצב העור	ניידות
☐ אמבולנס	☐ עצמונית	☐ תקין	☐ משקפי ראייה	☐ A מלאה	☐ תקין	☐ עצמאי
☐ לבד/משפחה	☐ קוצר נשימה	☐ אי שקט	☐ מכשיר שמיעה	☐ V מגיב לקריאה	☐ פצע לחץ	☐ מוגבל
☐ מוסד	☐ חמצן	☐ חרד	☐ מקל/הליכון/כיסא	☐ P מגיב לכאב	☐ פריחה/בצקת	☐ מרותק
☐ מלווה	☐ מונשם	☐ אחר	☐ _____	☐ U חסר תגובה	☐ שיפשוף/חתך	☐ _____
קרבת מלווה _____	טלפון _____	שליטה על סוגרים: ☐ כן ☐ לא				

סיכון לפתח פצע לחץ ☐ כן ☐ לא

סיכון לנפילה: ☐ כן ☐ לא

הדרכה ☐

התערבות

דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה סגורים ☐ בהשגחת מלווה ☐
 הדרכה: מטופל/מלווה שעה _____ חתימה _____

שעה	לחץ דם	דופק	חום	SAT%	עוצמת כאב	סוכר	מילוי קפילרי	חתימה

אומדן והדרכת מטופל ובני משפחתו

מוגבלות בקבלת הדרכה: ☐ כן ☐ לא

לקות ראייה ☐ לקות שמיעה ☐ שפה _____

אחר, פרט _____

הדרכת מטופל/מלווה בנושא _____

תהליך הטיפול במלר"ד/מניעת נפילות/פצע לחץ/בידוד

דף מידע: ☐ כן ☐ לא

חתימה	שעה	חתימה

הפניה לצילום ע"י אח/ות: ☐ כן ☐ חתימה _____

שעה _____ חתימה _____

רופא/ה בודק/ת שעה _____ חתימה _____

מנהל/ת מקרה שעה _____ חתימה _____

סיקור כאב: ☐ כן ☐ לא

אמדן כאב: BPS ☐ PAINAD ☐ VAS ☐
 OUCHER ☐ FLAAC ☐ BSPNI ☐

עוצמה _____ מיקום _____

תדירות: לסרוגין/קבוע

תרופה לכאב/חום שעה _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ארי' 21433703, מרחוב ג' יריד מ' 411, ת.ז. מס' 21433703,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או AIG בענין תאונת דרכים מיום 21.6.20 לפנין
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת 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 בנוכחותי 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.

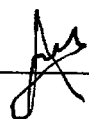
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

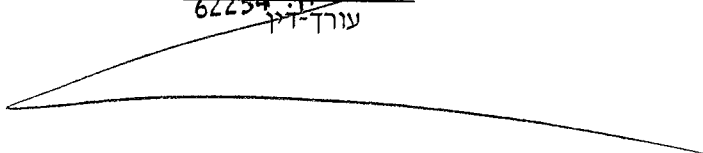
ולראיה באתי על החתום

היום 14 לחודש 11 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 62254
עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u> </u> שם האב	<u>214303703</u> תעודת זהות	<u>אריאל אריאל</u> שם פרטי	<u>אריאל</u> שם משפחה	
<u> </u> טלפון	<u> </u> מיקוד	<u>אריאל</u> עיר	<u>41</u> מס'	<u>אריאל אריאל</u> רחוב

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'

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

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

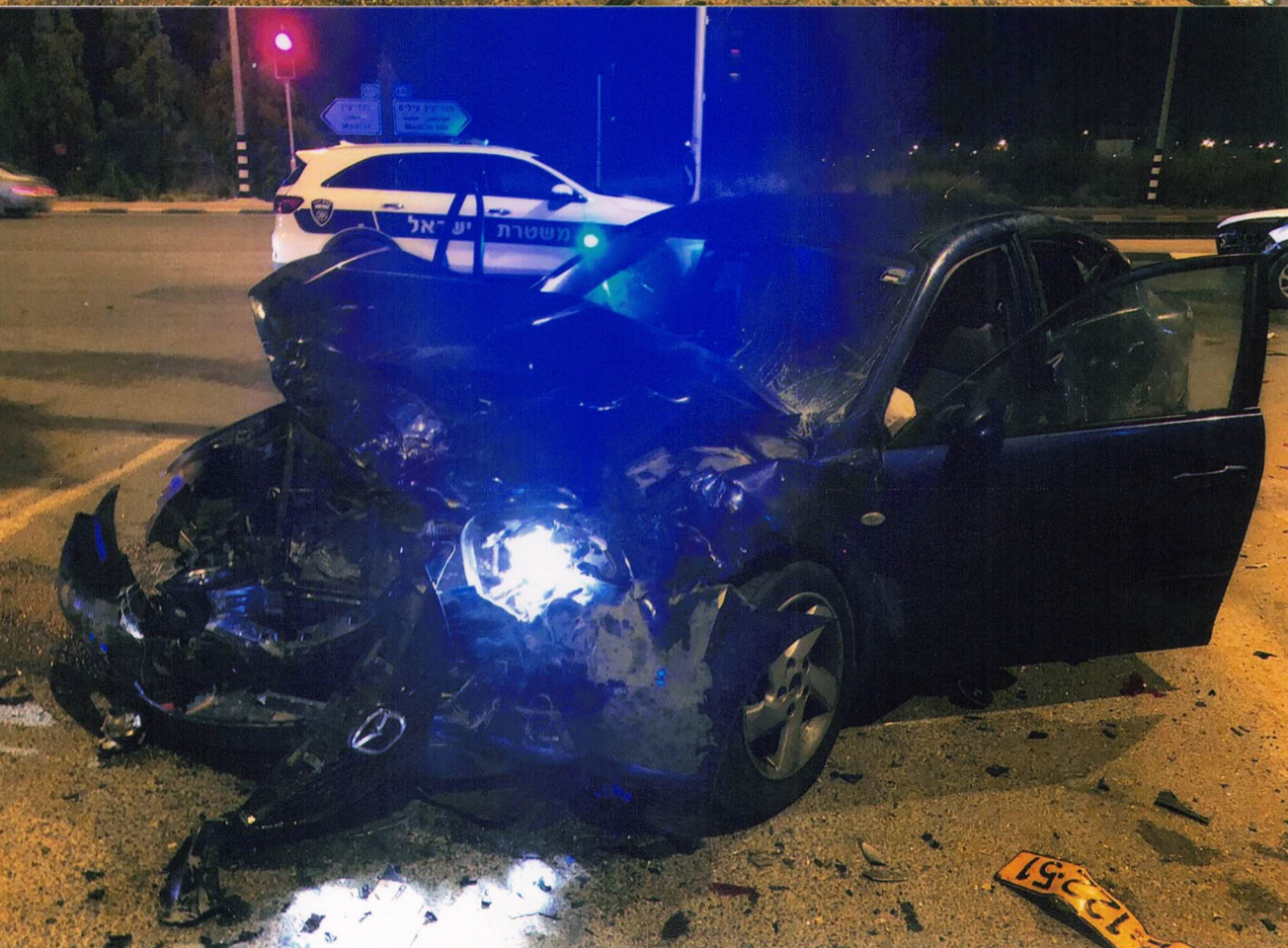
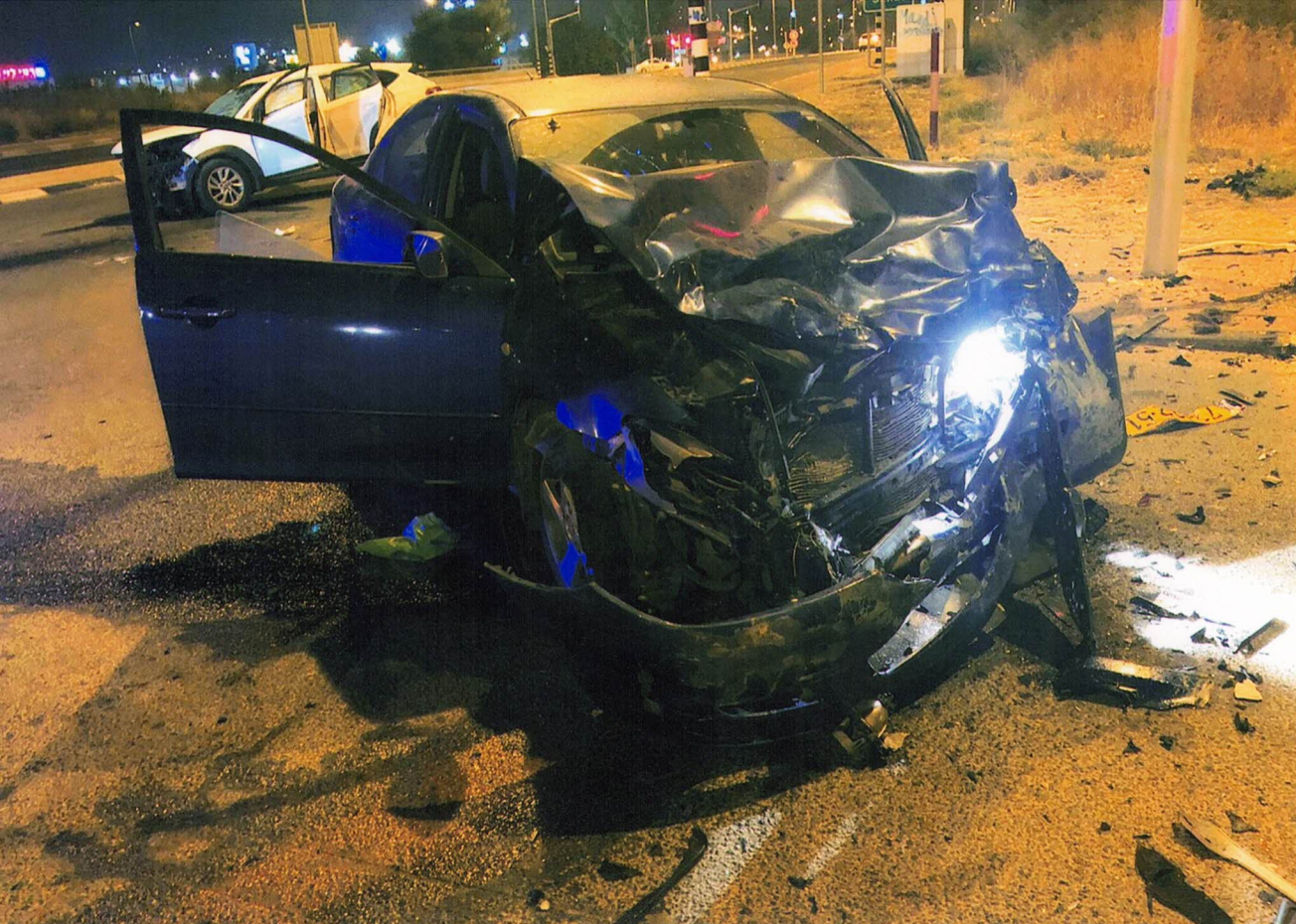
מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

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

תאריך: 14.11.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

עו"ד אריאל אריאל
מס' רישוי: 62254









REDMI NOTE 8 PRO
AI QUAD CAMERA



REDMI NOTE 8 PRO
AI QUAD CAMERA



תכנית בירור

שעה	תכנית/הוראות	חתימת רופא/ה

דף הוראות

*רגישות ל

שעה	אופן מתן	תרופה/תמיסה	מינון	קצב	חתימת הרופא/ה	שעת ביצוע	חתימת אח/ות
חיסון			מס' אצוה				

אופן העברת המטופל: ☐ ברגל ☐ בכיסא ☐ במיטה ☐ בליווי רופא/ה ☐ בליווי אח/ות ☐ מזוודת ליווי ☐ חמצן ☐ מוניטור ☐ דפיברילטור

☐ שחרור ☐ אישפוז ☐ מוסד אחר _____ ☐ עזב על דעת עצמו ☐ חתם ☐ לא חתם

שם הרופא/ה _____ מס' בשיון _____ שעה _____ חתימה _____

לרופא/ה המטפל/ת - יש לברר מצב חיסוני

תעודה זו ניתנה על ידי להגשה לבית המשפט והרתי מצהיר בזה כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שבועת שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי עדות בשבועה שנתתי לבית המשפט.

נא למסור סיכום זה לרופא/ה המטפל/ת



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/24/22

מעודכן ל: 21/06/20, 07:02

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11525553

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

קלדרון אביב אברהם

ת.ז: 21430370-3	מין: זכר	ת.לידה: 06/06/2003	גיל: 17 ש
סוג מבקר: אזרח	שם האב: איציק יצחק	טל: 052-5741742	טל: 052-3588628
מצב משפחתי: ר	קופ"ח: מכבי		
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד, 7313300			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: קלדרון אביב אברהם, 21430370-3
תאריך קליטה במיון: 21/06/20	שעה: 03:44	
תאריך קליטה בב"ח: 21/06/20	שעה: 03:44	

אבחנות נוכחיות

923.3 - CONTUSION OF FINGER (LT)

רגישויות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 17 בריא בדרך כלל
יד ימין דומיננטית
רגישות ל פניצילין.

טרם קבלתו היה מעורב ב ת.ד.
ליד הנהג חגור , נפתחו כריות אוויר.
שולל חבלת ראש

בבדיקתו:

הליכה בתבנית תקינה, כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות, ללא הגבלה בהנעת צוואר, ללא רגישות פראורטברלית. ישנה.

שפשופים מעל הטריספס מימין ללא חתכים עמוקים ללא חוסר מוטורי בהפעלה לאורך יד ימין, שולל רגישות גרמית

לאורך יד ימין,

יד שמאל- ממקד רגישות מעל בסיס אגודל, ללא סימני חבלה חיצוניים, רגישות מעל UCL ו RCL לא היפקתי חוסר יציבות בהשוואה לצד שני, תחושה שמורה דסטלית, ללא הגבלה בכיפוף או יישור 1 IPJ.

ברך שמאל - שפשוף בחלק מדיאלי של ברך, ללא תפליט, טווחים שמורים, מנגנון יישור שמור, יציבות AP ו ML שמורה, טסטים מניסקיאלים שליליים.

צילום - ללא עדות לשברים.

לאור רגישות מעל MCPJ1 במיון הושם בסד ספיקה.

הוסבר המשך טיפול, משתחרר עם ההמלצות הבאות:

מצב המטופל בשחרור ממיון**תכנית טיפול והמלצות להמשך**

-המשך מעקב רופא מטפל
-משככי כאבים לפי הצורך.
-ביקורת אורוטפד בקופת חולים בעוד שבוע.
-במידה והכאבים לא משתפרים מומלץ השלמת בירור על ידי בדיקת US לאיזור בשאלה של פגיעה רצועתית UCLRCL אגודל משמאל.
-בכל החמרה משמעותית בכאבים, לחץ ניכר מהגבס יש לפנות לבדיקת רופא או מיון.
-חופשת מחלה למשך שבועיים.

שחרר בליווי

חתימה

רופא: דר. ג'בארין, אחמד

חתימה:

מספר רשיון: 154410

07:03 21/06/20

מספר רשיון: 131932

07:03 21/06/20

מרכז רפואי אסף הרופא
מחלקת אורתופדיה
קליניקה לרפואת יד
מ.ר. קלדרון

רופא מאשר: דר. שחאדה, מונדר

חתימה:









יום שלישי, 3 באוגוסט
2021

תאריך בלפיד

אנשים מחפשים גם

תאריך עברי ליום

תאריך עברי ולועזי ביחד

תאריך עברי מחר

תאריך לועזי לעברי

<https://calendar.2net.co.il>

לוח שנה - לוח שנה עברי לועזי 2net

לוח שנה עברי לועזי עם חגים מבית אינדקס אתרים טו-נט הכולל את זמני היום לפי עיר בארץ, זמני כניסת ויציאת שבת וזמני חגים. מעבר בקליק בין לוח שנה עברי ללועזי...