

תאריך חתימת המסמך 10.7.22

התובעים: 1. מתן ירחי (קטין), ת"ז 220129316

באמצעות אפוטרופסיו הטבעיים

2. טימור קולייב, ת"ז 314170804

3 שרית ירחי, ת"ז 031566052

טלפון: 050-7766364

מרחוב התזמורת 38, ראשון לציון 7556208

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)

מרח' אבא הלל 7, רמת גן

טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעים: 1. יוסף חיים מור, ת"ז 054767272

מרחוב מעלות 10, חולון

2. קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

מדרך מנחם בגין 23, תל אביב 66182

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעים הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. התובע, קטין, יליד 01.01.2011, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הולך רגל.
2. הנתבע 1 הינו הבעלים ו/או המשתמש ברכב מסוג אופנוע הנושא מספר רישוי 98-932-12 (להלן: "**הרכב**") במועדים הרלוונטיים לא בוטח הרכב בביטוח חובה כהגדרתו בפקודת ביטוח רכב מנועי, התשל"ה-1970.
3. הנתבעת 2 הינה קרן סטטוטורית שתפקידה לפצות נפגעי תאונות דרכים ואחראית לפיצוי התובעים מכח סעיף 12 לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע מכח חובתה החוקית כמפורט לעיל.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרמו לתובעים, הקטין והוריו, הפסדי השתכרות בעבר ויגרמו להם הפסדי השתכרות בעתיד.
6. בעקבות התאונה נדרשו הורי הקטין לסעוד אותו וליתן לו עזרה מוגברת בתפקודי היום יום. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה הקטין בביצוע תפקודים יומיומיים וכבר עתה ברור כי יזדקק לעזרת הזולת גם בעתיד.
7. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצו התובעים להוציא הוצאות לצרכי ריפוי של הקטין. הוצאות אשר ילוו את התובע גם בעתיד.
8. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נדרשו התובעים להוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות ויזדקקו להוצאות אלה גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

9. בתאריך 25.10.19, בסביבות השעה 15:13 או בסמוך לכך, ברחוב פרופסור שור, בחולון, נפגע התובע 1 כתוצאה מהרכב אשר היה נהוג ע"י הנתבע 1 ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "**כנספח 1**"

10. ממקום התאונה הובהל הקטין לבית החולים וולפסון, בחולון, שם אובחנו מספר חבלות, בין היתר, בשוק ורגל שמאל. בדיקת הדמיה שבוצעה לקטין הדגימה שבר במידשאפט טיביה עם תזוזה והוא אושפז להמשך טיפול רפואי כשרגלו נתונה בסד גבס.
11. בחלוף שני ימי אשפוז נותח הקטין, תחת הרדמה כללית לצורך ביצוע שחזור סגור וקיבוע על ידי שני מסמרים. לאחריו שוחרר התובע 1 כשהוא

מנוע מדריכה ומרותק לכיסא גלגלים בהמלצה לנטילת משככי כאבים, השגחה צמודה למשך חודש, לימוד ביתי והמשך מעקב רפואי.

12. בנוסף לכאבים עזים החל התובע 1 לסבול מחרדות והחלט להפנותו בדחיפות ליעוץ פסיכיאטרי. כמו גם, נטילת משככי כאבים וטיפול פיזיותרפיה במסגרת ביתית והמלצה לבדיקת נוספות. כן, ניתנה לתובע 1 חופשת מחלה עד ליום 30.11.2019 בהמלצה לטיפול והשגחה ביתיים.

13. במסגרת מעקב רפואי במרפאות בית החולים וולפסון הוחלט לגבס את רגלו, וניתנה המלצה להמשך נטילת משככי כאבים, איסור דריכה והמשך מעקב רפואי.

14. נוכח מצבו הנפשי הופנה התובע 1, בין היתר, לטיפול במרפאת פוסט טראומה.

15. בנוסף נדרש התובע 1 למעקב רפואי בתחום רפואת העור. את עיטר כתם בהיר מולד על גבו התחתון. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, חלה גדילה של הכתם והופיעו נגעים נוספים בעטיים נבדק במרכז הרפואי שמיר שם אובחנו נגעים פוסט טראומטיים והיפופיגמנטציה לאחר חתכים שנגרמו בעטיה של התאונה.

16. אך ביום 16.12.2019 הותר לו להתחיל בדריכה חלקית בתמיכת קביים, עם המלצה דחופה לטיפול פיזיותרפיה והמשך נטילת משככי כאבים וניתן אישור מחלת ילד עד לתאריך 31.12.2019

17. התובע 1 אשר המשיך במעקב הרפואי בליווי אימו המשיך לסבול מכאבים עזים וקושי בדריכה והופנה להמשך טיפול.

18. נוכח קושי בתפקוד, הליכה עם צליעה וקושי בביצוע פעילות יום יומית הופנה התובע 1 לביצוע ניתוח להסרת הקיבוע. בתאריך 16.8.20 אושפז ותחת הרדמה כללית נותח לצורך הוצאת המסמרים משוק רגלו. לאחר הניתוח שוחרר לביתו בהמלצה לדריכה עפ"י יכולת, הימנעות מביצוע פעילות ספורטיבית, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

19. הקטין אשר עובר לתאונה היה ספורטאי מצטיין בתחום הכדורגל ניסה לשוב לפעילות ספורטיבית, אולם, מחמת התאונה ותוצאותיה ניסיון זה נכשל והסב לו כאבים עזים וקושי בדריכה וביצוע פעולות בסיסיות והופנה לביצוע המשך מעקב רפואי.

20. מצבו הנפשי של התובע 1 התדרדר, חלה החמרה בחרדות, חשש מהליכה לבד, חשש מחציית כביש, הוא נדרש למעקב פסיכיאטרי וקבלת טיפול תרופתי הן להפרעות קשב וריכוז, והן לחרדות ולירידה במצבו הנפשי. מחמת מצבו נדרש לליווי ע"י סייעת בית ספר עם המלצה למסגרת חינוכית הכוללת תמיכה רגשית ופניה למרפאת בריאות הנפש לטיפול רגשי סדיר בנוסף.

21. התובע 1 נבדק במרפאת בריאות הנפש - מחלקת ילדים, בבית החולים הפסיכיאטרי אברבנאל, ואובחנה הפרעת חרדה עם תסמינים דכאוניים עם המלצה להמשך טיפול פרטני ושקילת טיפול תרופתי.



22. מאז התאונה סובל התובע 1 מכאבים והגבלה בתנועות שוק רגל שמאל, מקושי בהליכה ועמידה ממושכות, מקושי במעברים וחוסר יציבות, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, ירידה ועליית מדרגות, מכאבים עזים ממצב רוח ירוד, דכאון, חרדה ופחדים, מקשיי קשב וריכוז, קשיי השתלבות, מקשיי הירדמות וסיוטי לילה, מנגעים עוריים וצלקות מכערות, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזדקק להם גם בעתיד.

23. במועד התאונה היה הקטין תלמיד כיתה א', בעקבות התאונה נאלצו הורי התובע להיעדר מעבודתם, התובע 1 נזקק במשך תקופה ארוכה לעזרה והשגחה צמודים, ממשיך להיזקק לעזרה ותמיכה מעבר למקובל בקרב בני גילו ויזדקק לכך גם בעתיד.

24. כן, מחמת התאונה ותוצאותיה נעדר התובע 1 מהלימודים, התקשה בהדבקת הפערים והוא נזקק לטיפול תמיכתי, להשגחה ועזרה פדגוגיים במסגרת חינוך מיוחדת.

25. מאז התאונה מוגבל התובע 1 בביצוע פעולות יומיומיות שונות הוא נזקק לעזרת הזולת וצפוי להיזקק לה גם בעתיד.

26. התובע 1 מוגבל בניידותו כתוצאה ממגבלותיו מחמת התאונה, הוא נזקק להסעות מיוחדות ויזקק להן גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

27. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע 1:

(א) נזק מיוחד:

(1) עזרת הזולת בעבר – ₪ 45,000

(2) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 27,000

(3) שיעורים פרטיים ושיעורי עזר – ₪ 15,000

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 13,250

(ב) נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע 1 פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע 1, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.



- (4) הוצאות בגין שיעורי עזר ועזרה פדגוגית.
 (5) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
 (6) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע 1.

(ג) התובעים 2 - 3 :

- (1) שווי העזרה שסיפקו התובעים 2-3 לתובע 1 בעבר - ₪ 58,000
 (2) הפסדי שכר לעבר לתובעים 2 - 3 - ₪ 45,000
 (3) שווי העזרה שיעניקו התובעים 2-3 לתובע 1 בעתיד.
 (4) הפסדי שכר לתובעים 2 - 3 בעתיד.

28. הנתבע 1, חייב לפצות את התובעים בגין אחריותו לתאונה כמפורט לעיל.
 29. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים 1 - 3 מכח חבותה החוקית.
 30. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובעים, ביחד ולחוד, כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



אריאל פרייברג, עו"ד
 ב"כ התובעים



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 8 עד 12)	8
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 65)	14
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 67 עד 67)	67
נספח 4: נחתמו להגשה (עמודים 69 עד 72)	69



נספח 1 :

חבות

(עמודים 8 עד 12)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2019 / 479386
תאריך	14/11/2019 ט"ז חשון תש"פ	סיווג תיק	ת.ד. ת.ד.
מס' תיק מסוף	1 - 2019 - 18258 - 2008	מס' מסמך בתיק	ג
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607
כתובת	אמץ 2, תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il
נושא המסמך			

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 25/10/2019 בשעה 13:15
2. מקום התאונה: חולון פרופסור משה שור 40 בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:			
מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	
9893212	אופנוע	הונדה-יפן	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית	
לא הוצג		ישראלית	
מעורבים ברכב:			
(1) שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
נהג	54767272	יוסף חיים מור	13/07/1957
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
חולון, מעלות 10			

4. פרטי הולכי רגל:

(1) שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
הולך רגל	220129316	מתן ירחי	01/01/2011
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
ראשל"צ, התזמורת 38	וולפסון - חולון		

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 11/11/2019

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1059104	ירקוני	יוסף

פרטי השוטר המוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1059104	רב	ירקוני	יוסף



דוח פעולה מס' 92003916 (ד.ה. 8363704)

מספר אירוע: 4001 - תאונת דרכים עם נפגעים

מאת

מספר אישי/ ת"ז: 1157270 דרגה: רס"מ שם משפחה: לב הר שם פרטי: שמעון
יחידה: מרחב איילון ת"א תפקיד: סייר תנועה

פרטי המקרה

תאריך ושעת פתיחת האירוע: 25/10/2019 13:29:55
כתובת: חולון פרופסור משה שור 57

פרטי המקרה

המודיע/ה עדן -מד"א . - (037344000) מדווח/ת על תאונת דרכים - עם נפגעים בחולון פרופסור משה שור 57. המודיע/ה מוסר כי תאונה בין הולך רגל שנפגע מרכב . כנראה ילד בן 7 פצוע קל . 0502224321 (אמיר סגולה) . . קיימים נפגעים . מעורבים נוספים: צד ג - אמיר סגולה 14360242 .

פרטי מודיע

שם פרטי ומשפחה: עדן -מד"א .
טלפון 037344000 מס' אישי/ ת"ז:

פרטי צוות

קיבלתי את הארוע בשעה: 25/10/2019 13:30:32 הגעתי למקום בשעה: 25/10/2019 13:37:49

פרטי אנשי הצוות

מס' אישי/ ת"ז שם משפחה שם פרטי



פרטי אנשי הצוות

מס' איש/ת"ז 1157270
שם משפחה לב הר
שם פרטי שמעון

קודי קריאה שטיפלו באירוע

מס' רכב שם יחידה

פרטי הטיפול בארוע

הגעתי למקום לטענת רוכב האופנוע חיים מור הילד קפץ לו לכביש ופגע בו. הילד פונה במצב קל על פי מדא אין פרטים שלו. פונה טרם הגיעני. הופנו לבוחנים. בוחן לא מגיע למקום

מעורבים ושימוש בסמכויות

סוג מעורב	פרטי	משפחה	ת.ז./דרכון	גיל	מין	מס' דוח עיכוב/מעצר	מס' רכב
מודיע	יוסף חיים	מור	054767272	62	זכר		

שימוש בכוח



האם במהלך הארוע השתמשת בסמכות? לא

האם במהלך האירוע פגשת במודיע? לא

המשך הטיפול נמסר ל: --- סיימתי את האירוע בשעה: 25/10/2019 14:04

זמני הסטטוס כפי שדווחו ע"י המנוי

שיגור	יציאה	הגעה	סיום
25/10/2019 13:30:32	25/10/2019 13:31:11	25/10/2019 13:37:49	25/10/2019 14:04:27

נספחים

מס'	תאריך	תוכן
392316	25/10/2019 14:21	בהמשך לאירוע התקשרה עדת ראיה ליומן ואמרה שיש לה סרטון 0528777604

פרטי חותם נספח

מס' איש/ת"ז	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
1157270	רס"מ	לב הר	שמעון

סרטים מצורפים

לדוח זה צורפו 1 סרטונים

פרטי הדפסה

נחתם ע"י: שמעון לב הר	תאריך חתימה: 25/10/2019 14:02	תיצירת הדו"ח: 25/10/2019 13:59
הודפס ע"י:	תאריך הדפסה: 27/11/2019 15:29	



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 65)



ת.ד. 5 חולון 58100, ISRAEL, 58100
טל: 972-3-5028211, פקס: 972-3-5036408

סודי רפואי

טלפון: 03-5028517

מעודכן ל: 30/10/19

מחלקה: אורט' ילדים

פקס: 03-5028774

שעה: 08:29

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום אשפוז - 11133382

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 25/10/19 קבלה למחלקה: 25/10/19 שעה: 15:23
מטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 30/10/19

אבחנות נוכחיות

823.20 - CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA (LT)

פרוצדורות

79.16.01 - CLOSED REDUCTION INTER FIX (NAIL) TIBIA/
27/10/19

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע
נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

גרסה 03 עמוד: 1 מתוך 4 30/10/2019 08:29:49 LOUISS

בבדיקתו: רגישותו במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV
 יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
 מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים
 ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים חריגים.
 במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי
 בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
 הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית
 הבינה היטב והסכימה.
 מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.

תאריך בדיקה: 25/10/19 שעה: 16:27

מצורף נספח תוצאות מעבדה

בדיקות דימות

25/10/19 16:22 צילום בית החזה, קדמי-אחורי, בשכיבה
 סרעפות בעמדה תקינה.
 ללא עדות לממצא ריאתי או פלוריאלי.
 לב בגדר הנורמה.

25/10/19 15:30 US אברי הבטן העליונה

FAST.US

אין עדות לנוזל חופשי בחלל הבטן, בחלל הפלוריאלי או הפריקרדיאלי.



מהלך האשפוז

נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור וקיבוע על ידי שני
 מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה טובה ויציבה.
 מהלך פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.
 משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות

איסור דריכה על שמאל עם תמיכת קביים / כסא גלגלים
 משככי כאבים לפי הצורך
 זקוק להשגחה הורים צמודה למשך חודש
 לימוד ביתי

ביקורת מרפאת אורטופדיית ילדים בעוד 4 שבועות - נסיר גבס ונבצע צילום עדכני
 בכל החמרה או בעיה יש לחזור לבדיקתינו

חתימה

מספר רשיון: 88090

רופא מאשר: דר. שור, לואיס

חתימה:

30/10/19 08:29

סודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6

מחלקה משחררת: אורט' ילדים

מקרה: 11133382

נכון לתאריך: 25/10/2019 ולשעה: 14:57:00

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------	-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-----------	-----------------

בדיקות כימיה בדם

				285	25.10.19	275-295	Osmolality calculated - blood
				74	25.10.19	28-100	Amylase - blood
				0.51	25.10.19	0.30-1.10	Bilirubin, total - blood
				0.71	25.10.19	0.00-0.87	Creatinine - blood
				110.0 H	25.10.19	60.0-100.0	Glucose, quantitative - blood
				14	25.10.19	0-31	Lipase - blood
				183	25.10.19	86-315	Alkaline phosphatase - blood
				3.93	25.10.19	3.50-5.10	Potassium - blood
				137.4	25.10.19	136.0-145.0	Sodium - blood
				41	25.10.19	0-44	AST (GOT) Aspartate aminotransferase - blood
				20	25.10.19	0-41	ALT (GPT) Alanine amino transferase - blood
				25	25.10.19	15-36	Urea - blood

בדיקות קרישה

				28.6	25.10.19	17.0-35.0	PTT, LAC sensitive reagent - blood
				1.10	25.10.19	0.90-1.40	PT, INR - blood
				11.5	25.10.19	11.0-13.5	PT, seconds - blood
				191 L	25.10.19	200-400	Fibrinogen - blood

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------------	-------------------------	--------------	-----------------------	-------------------------	--------------	-----------------------

ספירת דם

			*[.....]	5.9 L	25.10.19	6.0-15.0	Leukocytes - blood
			[*.....]	37.2	25.10.19	36.0-44.0	Hct (Hematocrit) - blood
			[...*....]	88.1	25.10.19	77.0-101.0	MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood
			[....*...]	29.6	25.10.19	26.0-32.0	MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood
			[...*....]	33.6	25.10.19	30.0-37.0	MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood
			[*.....]	12.8	25.10.19	12.1-16.2	RDW (Red cell Distribution Width) - blood
			[....*...]	8.7	25.10.19	6.5-10.0	MPV (Mean platelet volume) - blood
			[.....]*	45.5 H	25.10.19	28.0-32.0	Neutrophils % - blood
			*[.....]	45.1 L	25.10.19	55.0-61.0	Lymphocytes % - blood
			[*.....]	5.3	25.10.19	5.0-10.0	Monocytes % - blood
			[.*.....]	3.3	25.10.19	2.0-6.0	Eosinophils %, film - blood
			[.....*..]	0.8	25.10.19	0.0-1.0	Basophils % - blood
			[*.....]	2.7	25.10.19	1.5-8.5	Neutrophils No. - blood
			*[.....]	2.7 L	25.10.19	4.0-10.5	Lymphocytes No. - blood
			*[.....]	0.3 L	25.10.19	0.4-0.7	Monocytes No. - blood
			[.*.....]	0.2	25.10.19	0.1-0.6	Eosinophils No. - blood
			[*.....]	0.0	25.10.19	0.0-0.5	Basophils No. - blood
			[*.....]	0.1	25.10.19	0.0-0.6	Normoblasts - blood
			[..*.....]	0.0	25.10.19	0.0-0.0	NRBC (Nucleated red blood cells) No. - blood
			[.....*..]	12.5	25.10.19	11.0-13.0	Hb (Hemoglobin) - blood
			[..*.....]	4.2	25.10.19	3.6-5.0	RBC - blood
			[.*.....]	240	25.10.19	150-450	Platelets automated count - blood

תאריך
31/10/2019
17:09

הפניה כללית

פרטי המטופל		00-22012931-6		8.10	ז	01/01/2011	טימור
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
התזמורת		38 / 8		50 -7766364		3 - 6519961	
ראשון לציון		מס בית		טלפון		טלפון נוסף	
רחוב							

גורם שולח



5421

מספר הפניה



035421036818

מספר הפניה ישירה: 35421036818

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: יעוץ פסיכיאטר בהקדם האפשרי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74054	L0770	מנני אבחוני ילד ונוער בריאות הנפש	74054

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019:

לפני 3 ימים
היה מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל
עבר ניתוח
מומץ משכך כאבי כאבים
31/10/2019
סובל מחרדות

סימנים חיוניים: גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG

חתימה וחותמת הרופא
31/10/2019

26144

מספר רשיון

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



תאריך 10/11/2019

אישור על מחלת הילד

פרטי המטופל		ירחי מתן	
שם משפחה ושם פרטי	00-22012931-6	8.10	ז
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה
38 / 8	מס בית	50	7766364
התזמורת	ראשון לציון	טלפון	טלפון
רחוב	ישוב	6519961 - 3	טלפון נוסף

דורש טיפול והשגחה ביתית *

מתאריך 27/10/2019 עד תאריך 30/11/2019 עד בכלל

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

נחתם דיגיטלית

26144

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

תאריך 19/11/2019

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

יחסי מתן	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	טימור
00-22012931-6	8.10	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	טימור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	טימור	שם האב
התזמורת	38 / 8	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית	מס בית
ראשון לצי	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב
ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב
6519961 - 3	7766364 - 50	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

מספר הפניה ישירה: 32018746500

גורם שולח



2018

מספר הפניה



032018746500

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



014392

לכבוד: קפלן עור לטיפולך

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70035	L9274	בדיקת רופא עור	70035

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות גוף

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
709		VITILIGO

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

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

דף 1 מ 2

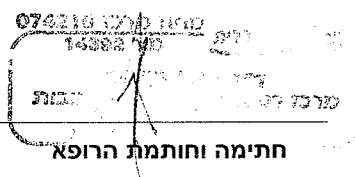
הפניה לרפואה יועצת

19/11/2019

הודפס ע"י ד"ר מאיר רונן

00-22012931-6

יחסי מתן



14392

ד"ר מאיר רונן

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית



סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 25/11/19
שעה: 12:10
מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31219608

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן
ת.ז: 22012931-6 מין: ז
טל: 050-7766364 שם האב: טימור
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית

נתוני ביקור
קבלה למחלקה: 25/11/19 שעה: 10:19

פרטי קהילה
מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות
823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע
תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל
מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז
=====

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע
נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.
בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק
שמאל. ללא חסר NV
יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים
חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 25/11/19	שעה: 12:07
לחץ דם:	משקל:
גובה:	נשימות:
חום פה:	חום רקטלי:
BMI:	GCS:
	BSA:
	דופק:
	סטורציה:
	חום אחר:

תכנית טיפול ומעקב: הוחזר גבס קצר מתחת לברך

משככי כאבים לפי הצורך

איסור דריכה ניידות עם תמיכת קביים

ביקורת כאן בעוד 3 שבועות - נסיר גבס ונבצע צילום
ביקורת עדכני ללא גבס

חתימה

רופא מאשר: דר. שור, לואיס רשיון: 88090 חתימה: _____

12:11 25/11/19

החתימה
של הרופא
המאשר
הטיפול
המיועד
הוא חלק
מהטיפול
הרפואי

חזמנה לבדיקת דימות

☐ ראשונה ☐ במכון
☐ חוזרת ☐ במחלקה

אדית וולפסון - חולון - המחלקה לתידשות

משרד חבריאות - מרכזי

לנשים בגיל הפוריות:
 מועד וסות אחרון: / /
 חתימת האישה:
 () חבדיקה חויבת להתבצע
 () חבדיקה ניתנת לדחיה לעשרת
 חודשים הראשונים שלאחר
 המחזור.
 שם חתימה וחתימת הרופא:

רגישות
 () לא רגיש
 () רגישות ליוז
 () רגישות לתרופות

תפקודי כליות:
 UREA:
 GREAT:

חצילום יכול להתבצע:
 () בעמידה () בשכיבה
 אופן העברה למכון:
☐ מתחלף
☐ כסא גלגלים
☐ אלונקה
☐ מיטה

ירחי מתן
 שימור
 22012931-6
 25.11.19
 מ.אורטו.ילד
 מ.אורטו.ילד
 מקרה:
 31219608
 מ.ר. וולפסון
 פרטי
 גיל שנת לידה

תאונמות:
 ממצאים ואבחנות קליניים:
 השאלה לרנטגנולוג:

חבדיקות חדרושות
 לנשים בגיל הפוריות:
 חצילום בוצע -
 () בימים הראשונים למחזור
 () במועד אחר.
 () עם כיסוי עופרת לאנן
 שם וחתימה של הטכנאי המבצע:

מחלקה/מכון/חידה: מס' טלפון: חותמת הרופא המומין (חובה)
 תאריך החזמנה: שעה: חתימת הרופא המומין

חשימוש בסרטים (י)													
תאריך	קופא	טכנאי	חדר	C.T.	קמרה	ממו	U.R.	צנתור	43/35	35/35	30/40	24/30	18/24

לסמן את הדרוש ב - X (י) לשימוש המחלקה לדימות בלבד 60-1340-3 2381

שם הרופא: ד"ר אנה אורלובסקי
תחום: מומחית ברפואת ילדים
מספר רשיון: 26144
כתובת: חברון 4 - רמת גן
טלפון: 03-6716800
פקס: 03-6716801
מרפאה: חברון-מרכז בריאות הילד - רמת גן
מחוז: דן-פ"ת

25/11/2019 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

ירחי מתן	00-22012931-6	8.10	ז	01/01/2011	טימור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
התזמורת	38 / 8			50 7766364	6519961-3
ראשון לצי	מס בית	רחוב		טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

גורם שולח
5401

מספר הפניה
035401085821

תז נבדק
0220129316

מספר רשיון
026144

לכבוד: מרפאה PTSD

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
It		CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2019:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019:
לפני 3 ימים

היה מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל
עבר ניתוח

מומץ משכך כאבי כאבים

31/10/2019

סובל מחרדות

25/11/2019

אמא מבקשת לפנות למרפאת פוסט טראומה להמשך טיפול בילד

סימנים חיוניים גובה 126 04/09/2018 משקל 26 bmi 04/09/2018 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/10/2019:
ההפניות שהופקו ב 30/10/2019:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה בבית - יח

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

25/11/2019 00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי

הפניה כללית - נוסח חופשי

ירחי מתן

31/10/2019
ההפניות שהופקו ב 31/10/2019
טופס הפניה כללי - 74054-מנוי אבחוני ילד ונו
25/11/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

ד"ר אנה אורלובסקי 26144 מספר רשיון



25/11/2019 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי-המטופל		ירחי מתן	
00-22012931-6	8.10	01/01/2011	טימור
מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
38 / 8	מס בית	7-766364	טלפון נוסף
התזמורת	רחוב	ראשון לציון	ישוב
3	טלפון נוסף	50	טלפון

גורם שולח



5401

מספר הפניה



035401085821

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: מרפאה PTSD

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 31/10/2019

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019

לפני 3 ימים

היה מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל

עבר ניתוח

מומץ משכך כאבי כאבים

31/10/2019

סובל מחרדות

25/11/2019

אמא מבקשת לפנות למרפאת פוסט טראומה להמשך טיפול בילד

סימנים חיוניים גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/10/2019
ההפניות שהופקו ב 30/10/2019
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה בבית - יח

דיון/תוכנית טיפולית

הפניה כללית - נוסח חופשי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 25/11/2019

ירחי מתן

31/10/2019
ההפניות שהופקו ב 31/10/2019:
טופס הפניה כללי - 74054-מנוי אבחוני ילד ונו
25/11/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

ד"ר אנה אורלובסקי

26144

מספר רשיון



הפניה כללית - נוסח חופשי
ירחי מתן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
25/11/2019
00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי



סודי רפואי

טלפון: 08-9779150

מעודכן ל: 26/11/19

מחלקה: מרפ. ילדים ב

פקס: 08-9779156

שעה: 10:27

מנהל מח': דר. רייזלר

סיכום ביקור - 32756967

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: קולייב טימור
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

שעה: 10:24

קבלה למחלקה: 26/11/19

אבחנות נוכחיות

448.1 - **NAEVUS, NON-NEOPLASTIC**

רגישויות

לא ידוע

מחלה נוכחית

בן 9 שנים. מלווה באימו

כתם בהיר מולד על גב תחתון. נאמר בעבר שמדובר בויטיליגו. לא נלקחה ביופסיה (אין מסמכים).

בשנים הראשונות הכתם גדל פרופורציונית לגדילתו.

בשבוועיים האחרונים יש גדילה מעבר וכן הופעה של נגעים נוספים.

לפני חודש היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל ושבד את רגלו. היו שפשופים שטחיים בצד שמאל של הגוף.

תולדות עבר

בריא בדר"כ.
ללא אישפוזים
מחוסן כפי גילו
ללא אלרגיות

תולדות משפחה

ללא מחלות עור במשפחה
לסבתא סרטן עור כלשהוא בעשור הרביעי לחיים.
ללא מחלות אוטואימוניות במשפחה.

בדיקה גופנית בקבלה**מצב כללי**

עור - כתם בעל מראה גיאוגרפי במותן שמאל. בעל שוליים חדיים משוננים.
היפופיגמנטרי.
כתמים נוספים היפופיגמנטריים בגו ובזרועות, נראים פוסטטראומטיים/דלקתיים.

מדדים**לא קיים נספח תוצאות מעבדה****סיכום ודיון**

- מתן מציג שתי פתולוגיות בביקור היום:
1. נגע מולד היפופיגמנטרי בעל שוליים גיאוגרפיים חדים - מתאים לנבוס היפופיג-מנטרי מולד
 2. נגעים היפופיגמנטריים בצורות שונות שהופיעו החודש, לאחר התאונה וככל הנראה מדובר בהיפופיגמנטיציה לאחר לסרציות.
הוסבר לאם ולמתן על התהליכים.
אין צורך בבירור נוסף. הנגעים צולמו לשם מעקב.
אין מדובר בויטיליגו

המלצות

1. מעקב מרפאת עור ילדים במידת הצורך
2. במידה וימצאו מסמכים קודמים, יביאו לעיוני

חתימה

רופא מאשר: דר. פרידנטל, אילן

26/11/19 10:45

מספר רשיון: 81261

ד"ר אילן פרידנטל
מומחה ברפואת ילדים
מ.ר. 81261 מ.ר.מ. 29764

חתימה:

עמוד 1 מתוך 1
03/12/2019

לכבוד,
ירחי מתן (שם האב: טימור)
התזמורת 38/8
ראשון לציון 7556208

מרכז שניידר לרפואת ילדים המרפאה לרפואה פסיכולוגית

מיקום: קומה- 3

טלפון: 03-9253616 | פקס: 03-9253864 | דוא"ל: psycare@clalit.org.il

ת.ז. 0022012931

ק. שלום רב,

הנך מוזמן למרפאה פסיכולוגית

חמישי, כ"ו בטבת תש"פ, 23/01/2020, בשעה 10:00.

שעת הבדיקה משוערת וייתכנו עיכובים.

טל. לחבאי: 03-9253616

פגישתכם תתקיים
ברפואה פסיכולוגית
רח' מוטה גור 7 פ"ת
בניין C קומה 4

הורים יקרים,

כבוד שבתון לילדים ולחברים
בניית מצוקת חניה
בתנאי המבקר של
מרכז שניידר לרפואת ילדים.

אנא היערכותכם מראש
מכתירת זמן יציאה,
תחבורה ציבורית או
מציאת פתרונות חניה
נוספים בקרבת מקום.

תודה על השתתפות
והשתתפות
ההנהלה מרכז שניידר
לרפואת ילדים

אבחוני קוד
L0770

טעות

1. מכתב הפניה מהרופא המטפל בביקור ראשון וכל חומר רפואי רלוונטי אחר.
2. תעודת זהות של אחד ההורים עם הספח בו רשום הילד/ה המטופל/ת
3. התחייבות עבור מנוי בהתאם לבקשת המרפאה (קוד משהב"ר ---)

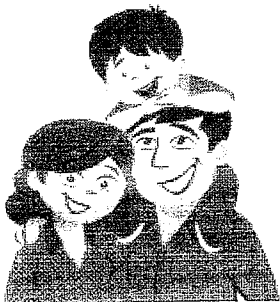
1. נעשה כל מאמץ מצידנו על - מנת לקבלכם במועד אליו זומנתם אולם ייתכנו עיכובים.
2. על קטין להגיע בליווי הורה/אפוטרופוס.
3. במידה ואין באפשרותכם להגיע, אנא הודיעו למזכירות המרפאה בטלפון שמספרו: 03-9253616 או במייל psycare@clalit.org.il

בברכת בריאות שלמה,
צוות המרפאה

C) פס 7 -

אבחוני קוד
L0770

אפשרה זו חובה לפעיל קרונות מלאה,
2 הלווא וחד 6 (היא/ה) !



טל': 03-5552634
פקס: 03-5552780

משרד הבריאות, מרכז לבריאות הנפש, אברבנאל
מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש סאקלר אוניברסיטת תל-אביב
מרפאת ילדים ונוער - "ניצנים"
מנהלת המרפאה: ד"ר לריסה קורצמן



סודי רפואי

בתאריך:
08/12/2019

בקשת טופס 17

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשי"ז-1996 וחוק חגנת 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 החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

22012931-6 ירחי מתן זכר, גיל בקבלתו: 8, ת.לידה: 01/01/2011
התזמורת 38, ראשון לציון 7556208, 050-7766364, שם תאב: טימור, ארץ לידה: ישראל
08/12/2019, כללית

כללית

קופת חולים

הנדון: בקשת טופס 17 עבור טיפול פסיכולוגי/ פסיכיאטרי

המטופל/ת ירחי מתן

ת.ז. 22012931-6

נפח למרכז לבריאות הנפש לשם קבלת טיפול.

אבחנה

F900 DISTURBANCE OF ACTIVITY & ATTENTION
F93 EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET SPECIFIC TO CHILDHOOD

מטרת הטיפול רושם להפרעת חודה עם תסמינים דכאוניים. זקוק לטיפול פרטני ובהמשך

שקילת טיפול תרופתי

נבקשם להפיק למטופל טופס 17 לשם קבלת טיפול במסגרת טיפול

מינוי לטיפול קצר ילדים - קוד משרד הבריאות L0772

בסיום מימוש התחייבות זו נפנה, במידת הצורך, לקבלת התחייבות נוספת בצמוד לדו"ח רפואי.
**נא לשלוח את ההתחייבות המאושרת למספר פקס 03-5552780

בתודה מראש,

חתום ע"י:

מנהלת לידים ונוער ניצנים
רחי סקויל' 15 בתי-ים
טלפון: 03-5552634
פקס: 03-5552780

רופא אלכס שנדוביץ
מס.רשיון: 111749
1-111749

סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 16/12/19
שעה: 10:13
מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31231670

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 16/12/19 שעה: 08:54

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע

תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כחולך רגל נגד אופנוע

נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק

שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים

ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים

חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתווה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפו להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 25/11/19 שעה: 12:07

לחץ דם:	משקל:	דופק:
גובה:	נשימות:	סטורציה:
חום פה:	חום רקטלי:	חום אחר:
BMI:	GCS:	BSA:

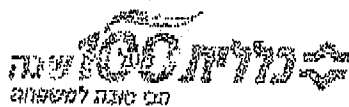
תכנית טיפול ומעקב: פיזיותרפיה בדחיפות במסגרת קופ"ח - מותרת התחלת דריכה
חלקית עם תמיכת קביים למשך שלושה שבועות לאחר מכן
מותרת דריכה לפי יכולת שבועיים

נוספים

ביקורת כאן בעוד חודש וחצי
משככי כאבים לפי הצורך

חתימה

רופא מאשר: דר. שור, לדאס
רשיון: 88090
חתימה: _____
10:13 16/12/19



התקן 31/12/2019
התזמורת 30 ראשון לציון הודפס על ידי מערכת ההודפס

ד"ר לודמילה יעקובובסקי
ילדים
36067
התזמורת 30
03-9511229
03-9511453
מחוז:מרכז

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:נווה אשלים - ראשון לציון

18/12/2019 תאריך

אישור על מחלת הילד

פרטי המטופל					
ירחי מתן	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	01/01/2011
שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב	שם האב
3	6519961	50	7766364	38	8
טלפון בוסף	טלפון	מס בית	התזמורת	רחוב	ראשון לציון
					ישוב

מתאריך 01/12/2019 עד תאריך 31/12/2019 ועד בכלל

נחתם דיגיטלית**

36067

ד"ר לודמילה יעקובובסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור על מחלת הילד

18/12/2019 הודפס על ידי ד"ר לודמילה יעקובובסקי 00-22012931-6

ירחי מתן

07/01/2020 תאריך
13:50

הפניה כללית

פרטי-המטופל		00-22012931-6		01/01/2011		9.00		ז		טימור	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		מין		ת.לידה		שם האב	
ראשון לציון		8 / 38		50		7766364		50		6519961 - 3	
ישוב		מס בית		טלפון		טלפון נוסף		התזמורת		רחוב	

גורם שולח
5401

מספר הפניה
035401087222

35401087222
תז נבדק
0220129316

מספר הפניה:
מספר רשיון
026144

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
1		FILL OUT FORMS

תלונות: עדיין לא הולך יציב, עדיין קושי לעמוד על רגל לאחר תאונת דרכים

סימנים חיוניים: גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38
לחץ דם 98 / 50 04/09/2018
דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מותאריך 150.68 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	II	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

ס.ה.ר. 6

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

07/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 00-22012931-6

ירחי מתן

תרופות קבועות		תרופות	
א. הגשה	כמות	שם התרופה	חתימה וחותמת הרופא
כמוסות	1	FOCALIN XR 29/MGAP 10MG 100 10MG	26144 מספר רשיון
טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG	
טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE, AMPHETAMINE 20	

ד"ר אנה אורלובסקי
שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



ס.ה.ר. 6

הפניה כללית

ירחי מתן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

00-22012931-6 . הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 07/01/2020

העתיק 09/01/2020
העתיק הודפס ע"י מערך בלדמן

ד"ר אנה אורלובסקי
מומחית ברפואת ילדים
26144
חברון 4 - רמת גן
03-6716800
03-6716801

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מחוז: דן-פ"ת מרפאה: חברון-מרכז בריאות הילד - רמת גן

07/01/2020 תאריך

אישור בריאות

פרטי המטופל				ירחי מתן	
00-22012931-6	9.00	ז	01/01/2011	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	שם האם	ת. לידה	מין	ראשון לציון	התדמורת
3 - 6519961	50 - 7766364	טלפון נוסף	טלפון	רחוב	מס' בית
3	50	טלפון נוסף	טלפון	רחוב	מס' בית

על סמך התיק הרפואי

נמצאו הממצאים הבאים:

ילד לא מתנייד לבד וזקוק לעזרה של אמא (אחרי תאונת דרכים)

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת הרופא

26144

מספר רשיון

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

07/01/2020

הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 00-22012931-6

אישור בריאות

ירחי מתן

סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 03/02/20
שעה: 09:12
מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31259819

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 03/02/20 שעה: 08:57

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע

תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים

ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים

חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפו להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה.

3.2.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 3 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים. מבצע
פיזיותרפיה והדרותרפיה.
בבדיקתו - מתהלך עם צליעה קלה, רגליים עם ציר תקין, אין
רגישות במישוש, ברך וקרסול טווחים מלאים, אין בלט של
חומרה, ללא חסר NV

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 25/11/19	שעה: 12:07
לחץ דם:	משקל:
גובה:	נשימות:
חום פה:	חום רקטלי:
BMI:	GCS:
	BSA:

תכנית טיפול ומעקב: מותרת חזרה לפעילות מלאה בצורה הדרגתית
ביקורת כאן בעוד 4 חודשים לצורך תכנון הוצאת קיבוע
אין מניעה אורטופדית לצאת לטיפול שנית

חתימה

רופא מאשר: דר. שור, לואיס רשיון: 88090 חתימה: _____
09:12 03/02/20



ד"ר לואיס שור
ממנה: 22012931-6
מסמך: 31259819

Dror OVADIA, MD

**Orthopaedic Surgeon
Spine Surgeon
Pediatric Orthopaedics**

Clinic: Top Ichilov, Weizman center (20th fl)
14 Weizman St., Tel-Aviv 64239
Tel: 972--777779222 Fax: 972--777779221

ד"ר דרור עובדיה

**אורתופד מנתח
מחלות עמוד השדרה
אורתופדיה פדיאטרית**

מרפאה: טופ איכילוב, מרכז וייצמן (קומה 20)
רח' וייצמן 14, תל-אביב 64239
טל: 077-7779222 פקס: 077-7779221

שם משפחה:	שם פרטי:	מין:	ת.ז.:	ת. לידה:
ירחי	מתן	ז	220129316	01/01/2011
כתובת:	עיר:	מיקוד:	טלפון:	טלפון נייד:
התזמורת 38	ראשון לציון			050-7766364
ילד במשפחה:	הריון:	לידה:	התפתחות:	
1/2	תקין	רגילה	תקינה	

מחלות רקע: ADHD מטופל עם רטלין

ניתוחים בעבר:

מחלה נוכחית: ב- 25/10/19 היה מעורב בת"ד כהולך רגל כאשר נפגע ע"י אופנוע ונחבל בשוק שמאל. פונה לבי"ח וולפסון, שם אובחן כסובל משבר של טיביה שמאל. נותח והשבר קובע עם 2 מסמרי ננסי + גבס למשך כחודש. מהלך ניתוחי ובתר ניתוחי ללא סיבוכים. כיוון שהילד עדיין הולך עם צליעה, ללא כאבים, פנו לצורך בדיקה עדכנית וקבלת חוות דעת נוספת.

01/03/2020

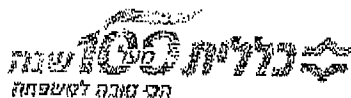
ממצאים בבדיקה: הולך עם צליעה קלה לא אנטלגית על רגל שמאל. קיים הבדל ניכר בקוטר הן של הירכיים והן של הסובכים עקב אטרופיה יחסית של השרירים ברגל שמאל. יציבות הברך תקינה. נמוש ראש אחד המסמרים בצד המדיאלי פרוקסימלי של הטיביה. אין חסר נוירולוגי כלשהו. אין תנועה פתולוגית בעצמות ואין רגישות למגע או לחץ על השוק. אורך רגליים שווה. ציר אורך הגפיים פיזיולוגי וסימטרי.

אבחנה: s/p MVA , closed fracture of Lt. Tibia

s/p closed reduction & internal fixation with FIN's

המלצות: כדי לאפשר הערכה מלאה של המצב יש לבצע צילום רנטגן עדכני של שוק שמאל A-P+Lateral ולהציגו בפניי.

ד"ר דרור עובדיה
אורתופד מנתח
מ.ר. 25431 מ.ר.מ. 77756



שם הרופא ד"ר ואדים אבלין
תחום מומחה ברפואת ילדים
מספר רשיון 27335
תזמורת 30 ראשון לציון
טלפון 03-9511229
פקס 03-9511453

מחוז:מרכז מרפאה:גווא אשלים - ראשון לציון

03/03/2020 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל				ירחי מתן	
00-22012931-6	9.02	01/01/2011	טימור	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
גיל	ת.לידה	שם האב	שם האב	מס זהות	מס זהות
38 / 8	50 - 7766364	3 - 6519961	טלפון נוסף	התזמורת	ראשון לציון
מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף	רחוב	ישוב

מספר הפניה ישירה: 35421039657

גורם שולח



5421

מספר הפניה



035421039657

תז גבדיק



0220129316

רשיון רופא



027335

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה זאת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון רנטגן

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד משה"ב	קוד שירות
10401071	צילום שוק שמאל	73590	78228

המטופל מתלונן על בקשה לצילום אורטופד

סימנים חיוניים גובה 126 נמדד ב: 04/09/2018 משקל 26 נמדד ב: 04/09/2018 BMI 16.38

לחץ דם 98 /50 נמדד ב: 04/09/2018

דופק 83 נמדד ב: 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
FILL OUT FORMS		1

בעיות פעילות

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

03/03/2020

הודפס ע"י ד"ר ואדים אבלין

00-22012931-6

ירחי מתן

מגילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

הערות: ביקורת

12/09/2019 מתאריך CREATININE: 0.66

27335

ד"ר ואדים אבלין

מספר רשיון

שם הרופא

הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה וזה שצויה לה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס הפניה.
מפורסמת באתר הכללית



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

03/03/2020

הודפס ע"י ד"ר ואדים אבלין 00-22012931-6

ירחי מתן

להלן התורים המשוייכים לחולה זה מ - 26/02/2020									
26/02/2020	ד	16	אחהצ	✓	16:40	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה	פיזיותרפי
12/03/2020	ה	16	לפנהצ		13:20	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה	פיזיותרפי
17/03/2020	ג	9	לפנהצ		13:00	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה	פיזיותרפי

זכאות: 01 זכאי פלטינום
ת"ז: 6 - 22012931 שם: משפחה ירחי
כתובת: ראשון לציון התזמורת
מקצוע: רופא/מרפאה
פיזיותרפיה
גיל: 9.01 ש'
פרטי מתן פרטני
טלפון: 050-7766364 נוסף: 003-6519961
חדש: יום תור
ת.ד.1

(PF3) צא (F9) הצג תור בקבוצה (F10) תדפיס (Delete) בחר תור לביטול



סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 20/05/20
שעה: 10:00
מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31302686

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 6-22012931 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 20/05/20 שעה: 09:28

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות עבר

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

פעולות עבר

79.16 -CLOSED REDUCTION OF FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA WITH
INTERNAL FIXATION

רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק
שמאל. ללא תלונות נוספות.
בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק
שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים
חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.
בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.
מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.

נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה.

3.2.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 3 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים. מבצע
פיזיותרפיה והדרותרפיה.
בבדיקתו - מתהלך עם צליעה קלה, רגליים עם ציר תקין, אין
רגישות במישוש, ברך וקרסול טווחים מלאים, אין בלט של
חומרה, ללא חסר NV

20.5.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 7 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים, יש
צליעה כניידות מהירה.
בבדיקתו - ציר תקין, צלקות תקינות, טוחח מלא בברך
וקרסול, מתהלך עם צליעה עדינה

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 20/05/20 שעה: 09:53
לחץ דם: משקל:
דופק:

תאריך 09.06.20



לכבוד: ירחי מתן

התזמורת 38

ראשון לציון 7556208

הזמנה לניתוח אמבולטורי

אורטופדיה ילדים

ד"ר. זינגר מנחם

טלפון: 03-5028517, פקס: 03-5028774

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6

עליך להגיע ללטרם ניתוח ב-12.8.20 וחצי טופס 17

תאריך הניתוח: 16/08/20 ביום ראשון בשעה 09:30

הנך מוזמן/ת לניתוח C7860 הוצאת קיבוע מעצם, למעט פנימלך ידלף רגל, באשפוז י

REMOVAL OF EXTERNAL FIXATION

לצורך בדיקה לפני ניתוח עליך להגיע ל- 8:30 12/8/20 בתאריך שעה 9:30
יחיד

נא להביא עמך לניתוח:

(1) תעודת זהות.

(2) הזמנה זו + סיכום ביקור + כל חומר רפואי רלוונטי.

(3) הבא/י אתך את רשימת התרופות באם הנך נוטל/ת תרופות כלשהן.

(4) טופס התחייבות (17) מתאים מקופת החולים.

**** לתשומת לבך ****

לקראת הניתוח, יש לבצע את הבדיקות הבאות בקופת החולים:

~~ספירת דם, סוכר, אוריאטה, אלקטרוליטים, תפקודי קרישה, תפקודי כבד, א.ק.ג.~~

~~צילום חזה (כולל פיענוח), שתן כללית.~~

בדיקות נוספות []:

מועמד לניתוח מעל גיל 18 מומלץ להגיע עם מלווה בוגר.

מועמד לניתוח עד גיל 18 יש להגיע בליווי הורה או אפוטרופוס חוקי.

הנך מתבקש/ת לא להביא חפצי ערך או סכומי כסף גדולים לביה"ח, ביה"ח אינו

אחראי על אובדן או גניבה.

מועד ושעת הניתוח עשויים להשתנות בשל ניתוחים דחופים או עומס בלתי

מתוכנן בחדרי הניתוח.

אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה.

במידה ואין ביכולתך להגיע נבקשך להודיע לנו בהקדם.

בברכה,

ד"ר. זינגר מנחם

אורטופדיה ילדים

ירחי מתן
 סימור
 9
 22012931-6
 מ.אורטו.ילד
 12.08.20
 מ.אורטו.ילד
 מקרה: 31352902

 מ.ר. 079500



טופס הסכמה לניתוח

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ תז"ן _____

לאחר שקיבלתי הסבר מפרט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע ניתוח _____ הסבר _____
 לרבות על התוצאות המקורות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול הטיפות האפשריות בנסיבות המקרה,
 לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן
 בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן-הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו,
 לשנות או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות
 אן במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים
 אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בתי החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
 הסכמתי ניתנת, כמו כן, הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם
 של הרופאים המטפלים, למעט _____

(נא לציין פרטים ואם יחיד-נא לציין "אני")

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהזכר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים
 ולהוראות של בית-החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו
 באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה**

שם הרופא

חתימת החולה

שעה

תאריך

12/8/20

שם האפוסטרופוס

חתימת האפוסטרופוס (במקרה
 של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בע"פ לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש
 וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רישיון

שם הרופא וחתימה

ד"ר מנחם זיו
 מרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון
 מ.ר. 2225
 22423

*מתק את המיותר **למלא במקרה של חולה פרטי
 מ. בר 29

☐ בוצע סימון איבר ניתוח, חתימה:

☐ בוצע אישור סימון איבר ניתוח ע"י רופא המשותף בניתוח, חתימה:

09.06.20



22012931-6

לכבוד

ירחי מתן

התזמורת 38

ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 12/08/2020 לשעה 11:00 למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה

- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח).
- הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים.
- התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר.
- חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית.
- במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.

אנא
הקפד
להביא

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-5028111 מס' פקס מרפאה: 03-5028475	מס' טלפון מטופל: 050-7766364
-----------------	--	------------------------------

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

זימון אסרוך נילא חתום 12.8.20



שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

- העתק -

תאריך: 04/08/20

מחוז מנפק : 007 מרכז

מרפאה מנפקת : 5421 מרפאת נוה אשלים

גורם מממן : 007 מרכז

אל : 223 וולפסון - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-5028211

אישור לאשפוז יום

מס': 307530992

המבוטח : 0022012931-6 ירחי מתן

רופא מפנה : 26144 אורלובסקי אנה

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך : טיפול באשפוז יום

רופא מטפל : 26144 אורלובסקי אנה

קוד
שירות תאור

מספר ימים	קוד משה"ב
1	C7860

58209 הוצאת קיבוע מעצם למעט פנים/כף יד/רגל באשפוז י.כ.

תאריך זימון: 18/06/20

האישור בתוקף עד לתאריך: 18/12/20

פלדמן עומר

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה חתימה וחותמת

נופק ללא תשלום : פטור



לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות חקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכוללים "בטל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שר"פ.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* אספקת תרופות באישפוז יום ועלות בדיקות חלה על בית החולים בלבד.

* טופס זה מיועד למס' ביקור/ים הרשום לעיל.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל ושירותי בריאות כללית לא תחא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר) של בית החולים/המכון מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* ההתחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך ____/____/____

טו-17

4444
 ירחי מתן
 22012931-6
 31352902
 מ-יארס 2
 גיל: 9



טופס הסכמה: להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם כללית, אזורית, מקומית או שילוב בין השיטות. הרדמה מקומית נעשית ע"י הכירורג או ע"י מבצע אחר של הפרוצדורה אשר יחתים את המטופל על טופס הסכמה. נפרד.

הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס) ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת החכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים סביב עצבים וגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידוראלית והרדמה ספינאלית, בהן מוזרק חומר הרדמה מקומית לחלל סביב חוט השדרה (בגב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת חומר הרדמה מקומית לאזור הניתוח.

יתכן שילוב של שיטות הרדמה שונות לדוגמא: אזורית עם כללית, כללית עם מקומית ושילובים אחרים. החולה ימסור למרדים מידע על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, חומרים וכו', ותגובות להרדמות קודמות, כולל סיבוכים במידה והתרחשו. אצל אישה בהריון, יתכן מעבר של חומרי הרדמה לעובר ויתכנו במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההיריון.
 אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפירט בעל פה על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.

הוסבר לי ואני מסכים/ה לכך שעל בסיס האומנות, הבדיקה והגופנית, בדיקות המעבדה וסוג הניתוח, מתוכנן לנתח אותי בהרדמה:

נא סמן ב-X את סוג ההרדמה שנבחר לחולה: ☐ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית	נא סמן ב-X את האלטרנטיבות האפשריות להרדמה המתוכננת: ☒ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית
---	--

תועלה האלטרנטיבות להרדמה המתוכננת: אני מאשר/ת בזאת שהוסברו לי התועלות של סוג ההרדמה שהוצע לי והוסבר לי כי בהתאם לשיקול הדעת של המרדים והמנתח קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה ו/או שילוב סוגי הרדמה שונים ו/או מעבר לסוג הרדמה אחר.

סיבוכים וסיבוכים אפשריים בהרדמה: הוסברו לי הסיכונים הכרוכים בהרדמה עקב מחלות הרקע שלי. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הרדמה כללית לרבות נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים ייתכנו סיבוכים קשים לרבות תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר יתכן מוות מסיבוכים אלה. הוסברו לי גם תופעות הלוואי לאחר הרדמה אזורית לרבות תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקת. לאחר סיום ההרדמה האזורית ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד כדי שיתוקים חולפים. הוסברו לי גם הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה ושטף דם מקומי (המטומה). הרדמה ספינאלית/אפידוראלית מלוות לעיתים בכאבי גב וקיימת אפשרות לדליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחסט לעטיפת חוט השדרה שעלולים לגרום לכאבי ראש חזים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הפייה ותפקוד בכיס השתן.
טיפול לאחר הניתוח: הוסבר לי שאקבל תרופות לשיכוך כאבים, כולל אופיאטים ו/או תרופות אחרות על פי סרגל כאב ושיתכנו תופעות לוואי לאחר הניתוח כגון בחילות והקאות או סיבוכים אחרים שיטופלו מיידית ביחידת התאוששות.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הרדמה למעט:

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה זה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. אני יודעת/מסכים/ה שההרדמה על צורותיה השונות תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה כולה או חלקה בידי אדם מסוים ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה
 שעה
 תאריך
 שם האפוסטרופוס (קירבה)
 חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסק דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי ההחלטה אינה זריזת במלואם.

מספר רישיון
 חתימת הרופא/ה

09.06.20	לכבוד
	ירחי מתן
22012931-6	התזמורת 38
	ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 12/08/2020 לשעה 9:30 למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא • תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • 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 מקופות חולים.	
---	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-5028111 מס' פקס מרפאה: 03-5028475	מס' טלפון מטופל: 050-7766364
--------------	---	------------------------------

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012 | wolfson.org.il | 5822012, חולון, 62, רח' הלוחמים | 03-5036408 :פקס | 03-5028211 :טל

סודי רפואי

טלפון: 03-5028517

מעודכן ל: 16/08/20

מחלקה: אורט' ילדים

פקס: 03-5028774

שעה: 14:25

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום אשפוז - 11227651

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 16/08/20 קבלה למחלקה: 16/08/20 שעה: 10:03
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 16/08/20

אבחנות נוכחיות

823.20 - CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA (LT)

פרוצדורות

97.88 - REMOVAL OF EXTERNAL FIXATION (LT)

16/08/20

רגישויות

לא ידוע

מחלה נוכחית

30.10.2019 מהלך אשפוז

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.
בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV
יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

LUDMILAYA 16:01:14 16/08/2020 2 מתוך 1 עמוד: 01 גרסה

מניע צוואר בחופשיות ובטוחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך
אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב והסכימה.

מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור וקיבוע על ידי שני
מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה טובה ויציבה. מהלך פוסט ניתוחי תקין,
ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

כעת התקבל לצורך הוצאת המקבעים הפנימיים.

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

מהלך האשפוז

בן 9 כ-10 חודשים לאחר קיבוע שבר מידשאפט טיביה משמאל ע"י שני מסמרי ננסי, כעת
התקבל לצורך הוצאת המסמרים.
בשל כך עבר בתאריך 16/08/2020 תחת הרדמה כללית ניתוח להוצאת המסמרים במהלך
ניתוחי תקין.
מעבר לכך, מהלך אשפוז תקין, ללא עליות חום, ללא קיפוח המודינמי או נשימתי.
משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות:



המלצות

הליכה ודריכה לפי יכולת
משככי כאבים לפי צורך ומשקל
להימנע מפעילות ספורטיבית למשך חודש
ביקורת מרפאתנו בעוד 10 ימים
בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא מטפל זמין

חתימה

רופא מאשר: דר. זינגר, מנחם

מספר רשיון: 32225

14:25 16/08/20

חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות זכות לדעת, זכות לקבל www.kolzhut.org.il	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
--	--	--



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5028211 | רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | wolfson.org.il | 03-5028211 | 03-5028211

18.08.20



לכבוד

ירחי מתן

התזמורת 38/8

ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 26/08/2020 לשעה 11:30 למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-5028111 מס' פקס מרפאה: 03-5028475	מס' טלפון מטופל: 050-7766364
-----------------	---	------------------------------

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ





סודי רפואי

מעודכן ל: 26/08/20

מחלקה: מ.אורטו. ילד

שעה: 11:23

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31360781

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 26/08/20 שעה: 10:54

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות עבר

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

פעולות עבר

79.16 -CLOSED REDUCTION OF FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA WITH
INTERNAL FIXATION

רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

הננתק 26/11/2020
ד"ר (רופא) רולן מכלין
אורטופד
36760
נעמי שמר 15, חולקעתק הודפס ע"י שילה טרקידדה
03-7471200
03-7471201
מחוז: ת"א מרפאה: מרפאה יועצת חולין

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

24/11/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

00-22012931-6	9.10	ז	01/01/2011	טימור	ירחי מתן
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
38 / 8			50	6519961 - 3	התדמורת
מס בית			טלפון	טלפון נוסף	ראשון לציון
					רחוב
					ישוב

25/10/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

24/11/2020 תאריך הביקור:
25/10/2019 תאריך תאונה: 1 תאונת דרכים
סוג ביקור:
מחוז הביקור: רגיל
בדיקה גופנית:

לראשונה בבדיקת. בליווי האם. מצב לאחר MVA. לפני כשנה עבר CRIF BY FLEXIBLE NAIL שבר בשפט טיביה שמאלת, הוצאת קבוע לאחר 10 חודשים. נסיון לחזור לספורט מתלווה בכאבים ברגל, כאב במאמץ בלבד. לאחר שהפסיק להתאמן - כאבים חלפו. כיום - ללא כאבים. במצב כללי טוב. מתהלך חופשי. אורך גפיים תחתונות שווה דו"צ. צלקות ניתוחיות תקינות. טווח תנועות בברך, קרסול - מלא, ללא כאבים. במישוש - ללא כאבים. ללא קיפוח NV פריפרי או גיד, ללא דלדול שרירים בגפה. צילום ביקורת - עמדה מקובלת, שבר מחובר.



קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
8230	LT S/P CRIF	FRACTURE TIBIA

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך.
המשך מעקב רופא משפחה מטפל.
אין מניעה לחזור להתאמן.

בברכה,

ד"ר (רופא) רולן מכלין 36760
שם הרופא
מס' רשיון
חתימה וחותמת הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 1
24/11/2020
00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין
סיכום ביקור
ירחי מתן

24/11/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	9.10	01/01/2011	טימור
שם משפחה ושם פרטי	00-22012931-6	גיל	9.10	01/01/2011	טימור
התחנות	38 / 8	מס בית	מס בית	ת. לידה	שם האב
ראשון לצי	רחוב	מס בית	מס בית	ת. לידה	שם האב
ישב	רחוב	מס בית	מס בית	ת. לידה	שם האב

25/10/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

24/11/2020

תאריך הביקור:

25/10/2019 תאריך תאונה:

1 תאונת דרכים

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

בדיקה גופנית:

לראשונה בבדיקת. בליווי האם. מצב לאחר MVA. לפני כשנה עבר CRIF BY FLEXIBLE NAIL שבר בשפט טיביה שמאלית, הוצאת קבוע לאחר 10 חודשים. נסיון לחזור לספורט מתלווה בכאבים ברגל, כאב במאמץ בלבד. לאחר שהפסיק להתאמן - כאבים חלפו. כיום - ללא כאבים. במצב כללי טוב. מתהלך חופשי. אורך גפיים תחתונות שווה דו"צ. צלקות ניתוחיות תקינות. טווח תנועות בברך, קרסול - מלא, ללא כאבים. במישוש - ללא כאבים. ללא קיפוח NV פריפרי או גיד, ללא דלדול שרירים בגפה. צילום ביקורת - עמדה מקובלת, שבר מחובר.



קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
8230	LT S/P CRIF	FRACTURE TIBIA

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך.
המשך מעקב רופא משפחה מטפל.
אין מניעה לחזור להתאמן.

בברכה,

36760

ד"ר (רופא) רולן מכלין

חתימה וחוקת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

24/11/2020

הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין

00-22012931-6

סיכום ביקור

ירחי מתן



הנדון: אישור ביקור במרפאה / מכון / אשפוז יום

מר/גב': ירחי מתן ת.ז: 22012931-6

ביקר במרפאות החוץ של בית החולים

ביום: יום שני בתאריך: 14/06/21

משעה: 10:18 עד שעה:

הגיע בליווי: 'רמ' ג'יט ת.ז מלווה: -15660523

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
מרפאות חוץ
טל: 03-5028400 פקס: 03-5028118





סודי רפואי

מעודכן ל: 14/06/21

מחלקה: מ.אורטו.ילד

שעה: 10:51

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31568533

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז ת.לידה: 01/01/11 גיל: 10 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 14/06/21 שעה: 10:18



רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית:

ב- 25/10/19 נפגע בת.ד. ושבר שוק שמאל. נותח ועבר מסמור
תוך לשדי שהוצא ב- 8/20
עדיין לעיתים תחושת שריפה וצלעה בריצה.
בבדיקה גפיים תקינות, אורך שווה, ציר שמור בכל המישורים,
טווחים מלאים, ללא חסר נוירוסקולרי וקופץ היטב.

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 14/06/21 שעה: 10:51
לחץ דם: משקל: דופק:
גובה: נשימות: סטורציה:
חום פה: חום רקטלי: חום אחר:
BMI: GCS: BSA:

סיכום ודיון הקבלה: הוסבר על תוצאה מצוינת

תכנית טיפול ומעקב: פעילות רגילה לגילו

מעקב בקופ"ח

חתימה

רופא מאשר: דר. זינגר, מנחם

רשיון: 32225

חתימה:

11:01 14/06/21

ד"ר מנחם זינגר
מנהל היחידה לאורטו.ילד
מרכז רפואי וולפסון
מ.ר. 22425

ADHD CLINIC

המרפאה לאבחון הפרעות קשב וריכוז ולמידה

טלפון: 03-6947654, פקס: 03-6947602

מקרה: 41093098
אמבולט : קשב וריכוז / קשב וריכוז
מ.ז. : 22012931-6 שם: ירחי מתן
כתובת: התאמת 38 ראשון לציון
אב :
סוג : אזרח
טל: 050-7766364
ת.לידה: 01.01.11
ג.מממן: מ.ש. פרטי
מס' התחייבות:
ימון : לקוח למידה 2
ת.קבלה: 12:57 30.01.22
מפעיל: RINAI

צוות המרפאה:

פרופ' יעל לייטנר – מנהלת המרפאה
ד"ר מיכאל רוטשטיין – רופא בכיר
מירי מור – אחות אחראית
אורית פרידמן – עו"ס
אסתי בן סימון – מתאמת

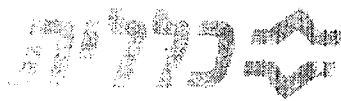
הגדון : ירחי מתן, ת.ז. 220129316, בן 10 שנים.

א.ג.ב.:

מתן מוכר לי מגיל צעיר בגלל קשיים רגשיים והפרעת קשב. נראה לאחרונה במרפאה בתאריך ספטמבר 19. חודש אחר כך נפצע בתאונת דרכים, ומאז, לדיברי האם, יש החמרה ברמת החרדות וחשש ללכת לבית הספר לבד, לחצות כביש לבד וכו'. נמצא במעקב פסיכיאטרי ומטופל כיום ברספרדל ובריטלין קצר 10 מ"ג פעמיים ביום (לאחר שכמה תרופות אחרות לא התאימו). מלווה בכיתה ע"י סייעת. מקבל טיפול רגשי רק בבית הספר. למעשה תיפקודו האקדמי חלקי והוא לומד בתווך הסייעת בעיקר. במפגש היום אני מתרשמת מקשיים רגשיים- התנהגותיים, חוסר בשלות רגשית, וקושי בהתאמת ההתנהגות לסיטואציה. להערכתה הקושי המרכזי הוא רגשי. אני ממליצה לשקול מסגרת חינוכית בה יקבל תמיכה רגשית, וכ"כ פנייה למרפאה לבריאות הנפש כדי לקבל שם טיפול רגשי סדיר, תוך הדרכה לאם. ימשיך בטיפול תרופתי ללא שינוי בינתיים. מוזמן למעקב בסיום שנה"ל.

בברכה,
פרופ' לייטנר





ד"ר סרגיי זילדמן

רופא עור

34911

יחודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

03-9681888

03-9681842

שם הרופא

תחום

מספר רשיון

כתובת

טלפון

פקס

מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

תאריך 03/03/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
00-22012931-6	11.02	ז	01/01/2011	טימור	ירחי מתן
מס דוחות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
38 / 8			50	7-66364	התדמורת
מס בית			טלפון	טלפון נוסף	ראשון לציון
					ישוב

שלום רב,

תאריך הביקור

סוג ביקור:

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה:

03/03/2022

0 ביקור רגיל

רגיל

סובל מ-VITILIGO שנים

נגעים עור גב וחזה

אחרי תדרכים פריחה התפשט

טופל HYDROAGISTEN

ממליץ על טיפול PROTOPIC לחודשיים לפחות - ביקורת עוד חודשיים-3

חודשים

אבחנה

קוד	אפיון	אבחנה
7090		VITILIGO

תרופות בביקור

P	מ	עז	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	P		0	N		אריזה	1	30	2	יחידות	יחיד	1	PROTOPIC OINT 0,1% 30 GR

תאונה	גרין	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					PROTOPIC OINT 0,1% 30 GR

בברכה,

34911

ד"ר סרגיי זילדמן

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1

03/03/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר סרגיי זילדמן

סיכום ביקור

ירחי מתן

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 67 עד 67)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22 /

בבית משפט השלום
בכפר-סבא

מתן ירחי (קטין) באמצעות אפוטרופסיו - נ ג ד - קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים ואח'

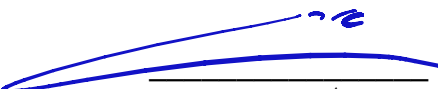
התובע, מתן ירחי, באמצעות אפוטרופסיו הטבעיים, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, בתחום הכירורגיה הפלסטית בתחום הנוירולוגי ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים וולפסון, בחולון, במסגרת מרפאת בריאות הנפש, במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים

נספח 4 :

נחתמו להגשה

(עמודים 69 עד 72)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ש"ח ירה' ט"ו תש"פ
 ת.ז. מס' 3150059, 31470004, מרחוב הגליל 306
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום 25/10/10
 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 חנובע 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 הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול 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.

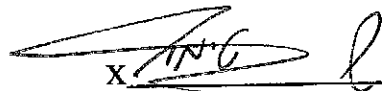
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 10 לחודש 3 שנה 2022

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עו"ד מרשית פרימנד
מס' רישום: 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני התחום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
י.ח.	י.ח.	220129316	י.ח.
רחוב	מס'	עיר	טלפון
38	38	38	050 7766364
מיקוד	מיקוד	מיקוד	מיקוד

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

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

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

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

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

חלק ב'
שם קופי"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופי"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ קו"ב _____ ת.ז. _____
תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
מס' רשיון: 62254

הריני מניפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

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

תקנות מיצויים תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז - 1986

תצהיר

סופס 2

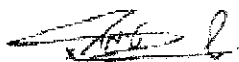
(תקנה 2)

אני הח"מ גוי' 220129396 ימ' י"ח בעל ת.ו. 220129396 התובע בתיק בבית (ה) משפט ב ב לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אחיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא תעשה כן, מצהירה בואת כדלקמן:

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

תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
2. לחלק פרטים על תאונות שחוו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	הפגיעה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____


החתימה

אישור

10.7.88

אני הח"מ ע"ד י"א י"ח מרחוב יגאל אלון 65 תל אביב מאשר בזו כי ביום 10.7.88 הופיעה בפני י"ח י"ח (המוכרת לי באופן אישי) שהודה/הצה בתעודת זהות מס' 220129396 ולאחר שהוזהרה כי עליה להצהיר את האמת וכי אם לא תעשה תעשה כן והא/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישרה את נכונות תצהירה.

חתימת עורך הדין