ARIEL FREIBERG, ADV **אריאל פרייברג, עו"ד**

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN **רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)**

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983 **טל' 03-7412358 פקס 077-3180983**

24.7.22

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ **מ.ל.ב**
<u>באמצעות דוא"ל</u>

<u>לצרכי מו"מ לפשרה בלבד</u>

ח.נ.,

הנדון: **אריאל מסורי (קטין), ת.ז. 322454208**
<u>תאונה מיום 11.8.20</u>
מס' פוליסה: 0-71736592

הנני מייצג את הורי מרשי/התובע (הקטין) הנפגע שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 11.8.20, היו הקטין והוריו בחופשה משפחתית בצפון. במהלך טיולם חשקה נפשו של הקטין בשיט בכנרת והוריו רכשו עבורו כרטיס לשיט בסירות באר מרים המופעלת על ידי מר שי אבו ו/או שלומי אוחנה.

2. כשהיה על הסירה נפגע מרשי ממוט ברזל חשוף ובולט אשר יוצא מהסירה והוא נחבל ברגלו (להלן: "**התאונה**").

3. לאחר התאונה פונה מרשי באמצעות אימו לבית החולים, שם אובחנו 2 חתכים רוחביים חודרים באורך של כ-10 סנטימטרים בירך ימין. לאחר חיטוי, תחת הרדמה, נתפרו החתכים, רגלו נחבשה והוא שוחרר בהמלצה להמשך מעקב רפואי, מנוחה, נטילת משככי כאבים והנחיות קפדניות בדבר חיטוי וחבישה על בסיס יומי.

4. מרשי ביצע מעקב רפואי במסגרת קופת החולים ובחלוף שבועיים הופנה לבית החולים שניידר לצורך הוצאת התפרים. נוכח כאבים והגבלה בתנועות ירך ורגל ימין המשיך מרשי במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והופנה להמשך טיפול רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ונטילת משככי כאבים בהתאם לצורך.

5. התאונה על תוצאותיה הקשות, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, בקושי בביצוע פעילות פיזית נתנה אותותיה גם בפן הנפשי, מצב רוח ירוד, הסתגרות, פגיעה בדימוי העצמי ותחושת דכאון והוחלט להפנותו לקבלת טיפול רגשי תמיכתי.

* רצ"ב תמונות ותעודות רפואיות.

6. אין ספק כי התאונה נגרמה עקב התרשלות המבוטח, אשר באה לידי ביטוי במחדלים הבאים:

א. לא דאגו לספק סירות בטוחות למשתמשים.

ב. לא דאגו לבטיחותם ולשלומם של המשתמשים.

ג. לא בדקו ו/או פעלו על מנת לוודא כי כלי השיט בטוחים לשימוש ונטולי מפגעים.

ד. לא הנהיגו כללי בטיחות וזהירות.

ה. לא עשו דבר ו/או לא עשו די על מנת למנוע את התאונה.

ו. הפעילו כלי שיט מסוכן.

ז. לא דאגו להציב אזהרות ו/או שילוט בדבר המפגע ו/או מיגון מתבקש בנסיבות.

ח. נהגו בחוסר זהירות ובחוסר אכפתיות.

7. מאז התאונה סובל הקטין מכאבים והגבלה בתנועות ירך ורגל ימין, מצלקות מכערות ורגישות למגע, מתחושת בטחון עצמי ירוד והימנעות מביצוע פעילויות הנהוגות בקרב בני גילו, ממצב רוח ירוד, מדכאון הוא נזקק להמשך מעקב רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך בעתיד.

8. מאז התאונה מוגבל מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות הנהוגות בקרב בני גילו, הוא נזקק לעזרה מוגברת ויזקק לה בעתיד.

9. בנסיבות המתוארות, לפנים משורת הדין, ועל מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות משפטיות וצירוף חוות דעת רפואיות, אהיה מוכן להמליץ בפני הורי

הקטין על סילוק תביעתם תמורת סך של 250,000 ש"ח בתוספת שכ"ט ומע"מ.

10. אודה עבור עמדתכם העניינית לסילוק תביעת מרשי.

רצ"ב יפוי כח חתום על ידי הורי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

יפוי כח

אני החי"מ, [illegible] ,
ת.ז. מס' [illegible] מרחוב [illegible] ,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של [illegible] נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

Scanned with CamScanner

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 2 לחודש 5 שנה 2021

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייב
מס' רשיון: 52254
עורך-דין

Scanned with CamScanner

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מסורי	אריאל	322454708	ע"י
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

[illegible]	21	[illegible]	5122244	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: [illegible] סניף: _____ מס' חבר: 322454708 שם המוסד: _____

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

במקרה של קטין: שם האם [illegible] ת.ז. 040732582 שם האב ע"י ת.ז. 034550082

תאריך: 12.8.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. [illegible] חתימה: X

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייברג
רשיון: 62254

ייפוי כח

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה

Scanned with CamScanner

מעודכן ל: 11/08/20, 19:50
מקום מיון: דר שקל אש — אחות אחראית: משה בן סימון

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10688887

המידע המדווח בטופס זה מתן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 96 (חוק הזכויות לחולה) ראה א. 1981
אין לחסוך אותו ואת את הלקח מאו איזה פרט שהוא מסמך לכל אדם אשר נקרא אלה, בהתאם לדרישות כחוק
לקבלת המידע בדרגה לקבוע בחוקים אלו, [illegible]

מסמך [illegible] פרטי הדיון הנמצא [illegible] להתבדות לאחר המסמך בהקדם להבטחת [illegible]

מסורי אריאל

מ.ז.: 32245420-8 מין: זכר תאריך לידה: 11/01/2004 גיל: [illegible]
קופ"ח: מכבי שם מבקר אחרון: שם האב: [illegible] טל': 050-6946608
מצב משפחתי: [illegible]
כתובת: עמק יזרעאל 21 [illegible] 5122264

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: נפילה מגובה [illegible] טרם מפנה: פנה עצמית מספר מסורי: 32245420-8
תאריך קליטה במיון: 11/08/20 שעה: 19:00
תאריך קליטה בב"ח: 11/08/20 שעה: 19:00
זמן בדיקת רופא: 11/08/20, 19:48 זמן בדיקת אחות: 11/08/20, 19:03

אבחנות עיקריות

890.0 - OPEN WOUND OF HIP AND THIGH, WITHOUT MENTION OF COMPLICATION (RT)

בדיקות

לא ידוע

סימנים חיוניים:

תאריך	שעה	לחץ דם סיסטולי	לחץ דם דיאסטולי	דופק בדקה	P.O תנוחת [illegible]	P.O רמת הכרה	P.A - רמת [illegible]	חתימה
	00:00	[illegible]	64	97				אבדים

תאריך	שעה	P.E [illegible]	P.F - רמת [illegible]	נשימות בדקה	סטורציה	סטורציה עם חמצן	אמצעי כאב	א.ק.ג	חתימה
	00:00				98		2		אבדים

סיכום שהיה רפואית והוראות משפחה

16 שעות בלון אמא [illegible] מסמך סירה בגמרת ביקר יפן.

בדיקה גופנית

שלד, פרקים, גפיים: ירך ימין, שני חתכים רוחביים בצד קדמי של הירך באורך של כ 10 ס"מ מערבית עור ותת עור, ד"א חוזר עסציה

דיון וסיכום הקבלה

בהרדמה מקומית בוצע חיוטי ומפירה של הפצעים עם חוט נילון 3.0, חבישה

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

מעקב רופא מטפל
נגד כאבים
החלפת חבישה
הוצאת תפרים בעוד שבועיים בקופ"ח

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
11/08/2020	19:50	שחרור		מה יוסף

שוחרר בלווי

התימה

רופא מאשר: יוסף, מרואן
התימה

מספר רשיון

19:51 11/08/20

יקור אחות
סורי אריאל; ת.ז.:00-32245420-8

תאריך ביקור: 14/08/2020 מין: ז גיל: 16.07

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: מרפאה: לא מוזמן

מין וויסות מטופלים (טריאד')לא

מפגש עם: המטופל.
בן משפחה/ משפחת המטופל.

דיווח המטופל: בליווי של אבא
הגיע לביקורת וייעוץ וטיפול
בירך ימין נעשו 2 חתכים רוחביים בצד קדמי של הירך
נעשו תפרים
מחוסן נגד טטנוס פחות מ 5 שנים לדבריו
הומלץ לשטוף מקום במים וסבון ולאחר מכאן לעשות חבישה עם פולידין
הוצאת תפרים בעוד שבועיים בקופת חולים
ביקורת היום אצל רופא ילדים דר זלצברג לצורך בדיקת מצב של פצע והמשך טיפול
חבישה מאוד לוחצת על המקום דבוקה אי אפשר להוריד אותה ללא שטיפה- הוסבר למשפחה
הוזמנו לביקורת והמשך טיפול בעוד יומיים

מטרת הביקור
טיפול ומעקב
ייעוץ והדרכה פרטני

eGFR: **137.29** !! מתאריך: 26/01/2020

!! - שים לב, הייתה ירידה של 10% או יותר מערך eGFR קודם - 185.84 מתאריך 3/09/2010

משקל וגובה

משקל: 52 ק"ג מתאריך: 26/06/2017

גובה: 159 ס"מ מתאריך: 26/06/2017 BMI: 20.57 אחוזון BMI: 77.66

אומדן ואבחנות סיעודיות

אבחנה סיעודית
פגיעה בשלמות העור והרקמות

המשך טיפול

המשך טיפול
הפניה ל רופא המטפל

תאום טיפול
רופא מטפל

פרטי העדכון
תאריך רישום: 14/08/2020
שם האחות: אלה שולמן
שם מרפאה: מרפאת קרית הרצוג

יקור אחות
וסורי אריאל; ת.ז.:00-32245420-8

קוד מרפאה: 3226
קוד מחוז: 04
מקצוע המעדכן 77 סיעוד רפואה ראשונית

כללית מעל 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר יעקב זלצברג
תחום	מומחה ברפואת ילדים
מספר רשיון	13228
כתובת	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

תאריך 28/08/2020

טופס בקשה

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	16.07	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	21 / 1	50 -6996609	50 - 6996608

מספר רשיון 013228
תז נבדק 0322454208
גורם שולח 5825

לכבוד: חדר מיון ילדים

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
		TRAUMATIC
9071		OBSERVATION FOR SUSPECTED ILLNESS

סימנים חיוניים גובה 159 26/06/2017 **משקל** 52 26/06/2017 **bmi** 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

ממצאים בבדיקה מעב לאחר תתך מחבלה

תרופות קבועות

...ב	פעמים	אופן הנגשה	כמות	תרופה
ביום	2	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG
ביום	2	טבליות	1	ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG

ד"ר יעקב זלצברג 13228 מספר רשיון

ד"ר יעקב זלצברג-מומחה לרפואת ילדים
מרפאת קופת חולים מס' 155300
מחוז דן פת 04-124
(607819 קוד 13228

מרכז שניידר לרפואת ילדים

כללית

מכתב שחרור ממחלקה לרפואה דחופה ילדים מתאריך 28/08/2020

הופק ע"י דר' בדיר מועאד מ.ר.116360 28/08/2020 16:48

שם משפחה:	מסורי	ת. לידה:	11/01/2004
שם פרטי:	אריאל	ת. זהות:	32245420-8
כתובת:	עמק יזרעאל 21 ,בני ברק 5122244	מין:	זכר
טלפון:	0506996608	גיל:	16ש' ו7ח'
סוג דם:			
מחוז:		מרפאה:	
גזרם מממן:	דן, פתח-תקוה	שם האב:	ניר

מחלקה לרפואה דחופה ילדים
מנהל/ת דר' ברנט רון מ.ר.36520:
אח/אחות אחראיים: ציפורה שזואלב
מס' קבלה למחלקה: 2020026429
טלפון: 03-9253656
פקס: 03-9210653

דואר אלקטרוני - miun1@clalit.org.il

זמן הגעה
תאריך: 28/08/2020 שעה: 15:15

סיבת פניה/ תלונה עיקרית

סיבה עיקרית: אחר
הערות: הגיעו להוצרת תפרים

רופא מטפל

רופא: דר' בדיר מועאד מ.ר.116360

סיום טיפול במלרד :שחרור

רמת דחיפות: 5

אבחנה

- LOWER LIMB LACERATION (894)

תלונה עיקרית

הוצאת תפרים

מחלה נוכחית

בן 16.5 שנים, לפני שבועיים וחצי נתפר בירך ימין , באו היום להוצרת תפרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים בקבלה

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
28/08/2020	15:18	מדדים		
			Q-Flow	186

מדדים

תאריך ושעה	Q-Flow
15:18 28/08/2020	186

בקרת מדדים

בוצע

בדיקה גופנית

מצב כללי : במצב כללי טוב, ללא כל מצוקה.

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר (רופא) דניאל לובין
תחום	רפואת ילדים
מספר רשיון	135
כתובת	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 07/10/2020

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	16.09	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	1 / 21	50 -6996609	50 - 6996608

מספר הפניה ישירה: 35825013470

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
000135	0322454208	035825013470	5825

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקת רופא אורתופד	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לפני חדשיים פציעה משמעותית ירך ימין בעת שיט בכינרת. נפגע ממנוע סירה.
כעת חש הגבלת תנועה וקושי בפעילות מלאה

סימנים חיוניים: גובה 159 26/06/2017 משקל 52 26/06/2017 bmi 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

ממצאים בבדיקה לצרציה בהחלמה. נפיחות קלה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
890		LACERATION HIP AND THIGH

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG
ביום	2	טבליות	1	ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG

מטרת הבדיקה: יעוץ וטיפול

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר (רופא) דניאל לובין	135	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת דימון, 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 ב"ח מפורסמת באתר הכללית

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר (רופא) דניאל לובין
תחום	רפואת ילדים
מספר רשיון	135
כתובת	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

תאריך 07/10/2020

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	16.09	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	1 / 21	50 -6996609	50 - 6996608

מספר הפניה: 35825013471

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
000135	0322454208	035825013471	5825

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
50007	L7001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - ילדים	50007

אבחנה משוערת: LACERATION HIP AND THIGH

תלונות / סיבת הפניה: לפני חדשיים פציעה משמעותית ירך ימין בעת שיט בכינרת. נפגע ממנוע סירה. כעת חש הגבלת תנועה וקושי בפעילות מלאה

סימנים חיוניים: גובה 159 26/06/2017 משקל 52 26/06/2017 bmi 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG
ביום	2	טבליות	1	ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG

ממצאים קליניים: לצרציה בהחלמה. נפיחות קלה

האם בוצעו טיפולים לאותה אבחנה: לא

מטרת הבדיקה: הערכה ויעוץ תודה

ס.ה.ר 6

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

כללית שירות
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר (רופא) דניאל לובין
תחום	רפואת ילדים
מספר רשיון	135
כתובת	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 07/10/2020

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	16.09	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	1 / 21	50 -6996609	50 - 6996608

מספר הפניה: 35825013472

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
000135	0322454208	035825013472	5825

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
92082	K1704	בדיקת רופא ספורט ילדים	92082

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לפני חדשיים פציעה משמעותית ירך ימין בעת שיט בכינרת. נפגע ממנוע סירה.
כעת חש הגבלת תנועה וקושי בפעילות מלאה

סימנים חיוניים: גובה 159 26/06/2017 משקל 52 26/06/2017 bmi 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

ממצאים בבדיקה לצרציה בהחלמה. נפיחות קלה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
890		LACERATION HIP AND THIGH

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	2	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG
ביום	2	טבליות	1	ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG

ס.ה.ר 1

מטרת הבדיקה: הערכה ויעוץ תודה

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר (רופא) דניאל לובין	135	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

כללית

שם הרופא	ד"ר סעיד עאסי
תחום	ילדים
מספר רשיון	30052
כתובת	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

תאריך 20/05/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	17.04	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	21 / 1	50 -8996609	50 - 6996608

מספר רשיון 013228

תז נבדק 0322454208

מספר הפניה 035825015224

גורם שולח 5825

לכבוד: טיפול רגשי
דרך המושלם

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7092		SCAR

תלונות צלקת ברגל עקב פצע לפני כשנה
היותו שחקן כדורגל בנוכחות הצלקתץ השפיע לרעה על התנהגותו וומצב רוח
ירוד הפסיק לשחק בגלל הצלקת. מעניין הנושא הלימודי

סימנים חיוניים גובה 159 26/06/2017 משקל 52 26/06/2017 bmi 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

ממצאים בבדיקה רגל ימין- 2 צלקת בקדמת הירך
מצב כללי טוב.חיוני.ערני. ללא סמני מצוקה נשמתית. ללא סמני יובש
ללא סמני גירוי מניגיאלי. לוע תקין. אוזניים תקינות. ללא לימפואדינופטיה
לב קולות הלב סדירים ללא אוושות .
ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ .
בטן : רכה לא רגישה ללא אורגנומגליה

דיון/תוכנית טיפולית במידה ומצב יחמיר יחזור ל רופא

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	...ב
VYVANSE 50MG (M)<><>CAP 30 50MG	1	כמוסות	1	ביום
DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20	1	טבליות	2	ביום
VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG	1	כמוסות	1	ביום
ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG	1	טבליות	2	ביום

Scanned with CamScanner

ד"ר סעיד עאסי	30052	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

Scanned with CamScanner

כללית

שירותי בריאות כללית

מס' מרשם

015825043610

מרשם

מס' זהות: 00-32245420-8 **מסורי אריאל** גיל: 17.04 מין: ז

110063300

AFLUMYCIN CREAM CF

מריחה x 3 ביום

תוקף מרשם: 19/08/2021 - 20/05/2021

למשך 10 ימים סה"כ 1 יח

שם הרופא ד"ר סעיד עאסי

תחום: ילדים

טלפון: 03-5790666

כתובת: גרינברג 4 בני ברק

מס' רישיון

030052

חתימה וחותמת הרופא: **נחתם דיגיטלית**

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

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

תאריך הדפסה: 20/05/2021

Scanned with CamScanner

כללית

שם הרופא	ד"ר סעיד עאסי
תחום	ילדים
מספר רשיון	30052
כתובת *	גרינברג 4 בני ברק
טלפון	03-5790666
פקס	

מרפאה:ד"ר זלצברג/ד"ר דיאמונד - בני ברק מחוז:דן-פ"ת

תאריך 20/05/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
מסורי אריאל	00-32245420-8	17.04	ז	11/01/2004	ניר

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בני ברק	עמק יזרעאל	1 / 21	50 -6996609	50 - 6996608

מספר הפניה ישירה: 35825015223

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
013228	0322454208	035825015223	5825

לכבוד: מרפ פלסטיקה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70028	L9267	בדיקת רופא פלסטיקה	70028

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות צלקת ברגל עקב פצע לפני כשנה

סימנים חיוניים: גובה 159 26/06/2017 משקל 52 26/06/2017 bmi 20.57

eGFR 137.29 מתאריך 26/01/2020

ממצאים בבדיקה רגל ימין- 2 צלקת בקדמת הירך
מצב כללי טוב.חיוני.ערני. ללא סמני מצוקה נשמתית. ללא סמני יובש
ללא סמני גירוי מנינגיאלי. לוע תקין. אוזניים תקינות. ללא לימפואדינופטיה
לב קולות הלב סדירים ללא אוושות .
ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ .
בטן : רכה לא רגישה ללא אורגנומגליה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7092		SCAR

דיון/תוכנית טיפולית במידה ומצב יחמיר יחזור ל רופא

Scanned with CamScanner

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 50MG (M)<><>CAP 30 50MG
ביום	2	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20
ביום	1	כמוסות	1	VYVANSE 30MG (M)<><>CAP 30 30MG
ביום	2	טבליות	1	ATTENT 20MG<><> TAB 100 20MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סעיד עאסי — שם הרופא

30052 — מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

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

Scanned with CamScanner