

תאריך חתימת המסמך: 23.11.22

התובעים: 1. ירדן גלבווע, ת"ז 21768551

2. אייגרים נאורבאיבה, מס' דרכון NO9801506  
שניהם מרחוב בארי 47, תל אביב

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](mailto:frei.ariel@gmail.com)

– נ ג ד –

הנתבעים: 1. ירדן גלבווע, ת"ז 21768551  
מרחוב בארי 47, תל אביב

2. המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול  
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון  
טל': 03-9424300; פקס: 03-9620303  
דוא"ל: [poolmoked@pool.org.il](mailto:poolmoked@pool.org.il)

### כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"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 1, יליד 11.9.83, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 657-26-001 (להלן: "**הרכב**").
2. התובעת 2, ילידת 17.3.89 הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו נוסעת ברכב.
3. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וטופסי הודעות על תאונה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה, מתקשים התובעים בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקפה, נזקקים להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.

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

8. בתאריך 31.5.20, בשעה 21:40 או בסמוך לכך, בצומת הרחובות בן יהודה ושדרות בן גוריון, בתל אביב, היה הרכב הנהוג ע"י התובע 1 מעורב בתאונה עם רכב הנושא מספר רישוי 702-48-26 והתובעים הועפו מהרכב ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").

**התובע 1**

9. לאחר התאונה טופל התובע 1 בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב, בכתף, ביד ובזרוע שמאל, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לבית כשידו נתונה בסד בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים ונוכח הכאבים העזים הופנה לביצוע בדיקות הדמיה. בדיקת הדמיה אשר כוונה לכתף שמאל הדגימה קרע חלקי בגיד הסופרה-ספינטוס. ובדיקת הדמיה אשר

כוונה לשורש כף יד שמאל הדגימה קו שבר ושבר תלישה עם ניתוק של חתיכת עצם.

11. כשידו עודנה נתונה בסד גבס המשיך התובע במעקב רפואי הן במסגרת מרפאות החוץ של בית החולים איכילוב והן במסגרת הקהילה, ניתנו לו משככי כאבים, חופשת מחלה והמלצה להמשך טיפול. ובעטיים של הכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה ובברך שמאל, הופנה להמשך מעקב רפואי, טיפולי ריפוי בעיסוק ולטיפולי פיזיותרפיה.

12. בדיקת הדמיה שכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה דיסקופטיות בגבהים L4-L5 L5-S1 עם אפשרות ללחץ על השק הטקאלי בגובה L4-L5.

13. לאחר התאונה החל התובע לסבול מחרדות, מטינטון וירידה בשמיעה בעטיים פנה לקבלת טיפול פסיכיאטרי במסגרתו הומלץ על מתן טיפול תרופתי להרגעה ורופא אא"ג החליט להפנותו לבדיקת שמיעה אשר הדגימה ירידה קלה בשמיעה והוא הופנה להמשך טיפול בגין הטינטון.

14. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת הקהילה והופנה לקבלת טיפולי רפואה משלימה וטיפול במסגרת מרפאת כאב.

15. התובע טופל ע"י פסיכיאטרית אשר אבחנה תסמינים של חודרנות, הימנעות, עוררות יתר, השפעה על הקוגניציה וחרדה עם תמונה של PTSD (הפרעה בתר חבלתית).

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

16. בעטיה של התאונה ניתנו לתובע חופשות מחלה למן יום התאונה ועד ליום 30.8.20 ובהמשך ניתנו לו חופשות מחלה נוספות.

רצ"ב תעודות מחלה, מסומנות "כנספח 3".

17. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות כתף ויד שמאל, מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בהליכה עמידה וישיבה ממושכות, מקושי בהקלדה והרמת חפצים, מקושי בהרמה, מקושי באחיזת חפצים, מירידה בשמיעה, טינטון, ממצב רוח ירוד, תנודות במצבו הרגשי, דכדוך, הימנעות חברתית, קשיי שינה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

18. התובע תוכניתן גרפי עצמאי, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, ריכוז והקלדה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

19. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

20. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



## התובעת 2

21. לאחר התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
22. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנתה לבדיקה נוירולוגית בעטיים של כאבי הראש והסחרחורות, נוכח טינטון וירידה בשמיעה הופנתה לביצוע בדיקת שמיעה וביצוע טיפולי פיזיותרפיה בעטיים של הכאבים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני.
23. התובעת המשיכה במעקב הרפואי והופנתה לביצוע בדיקות הדמיה, המלצה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ונטילת משככי כאבים.
24. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה החלה התובעת לסבול מחרדה ודכאון כמו גם חשש מנסיעות ומחשבות חודרניות.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 4".
25. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש וסחרחורות, מטינטון, חרדה, דכאון ומחשבות חודרניות מקושי בהליכה ישיבה ועמידה ממושכות, קושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקושי בכיפוף והרמה, מחוסר יציבות והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
26. התובעת עובדת בתחום הפינטק, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
27. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
28. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

## חלק 3

### 29. להלן פירוט נזקי התובע 1:

#### א. נזק מיוחד:

- |                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר –               | ₪ 160,500 |
| (2) עזרת הזולת בעבר –                         | ₪ 22,000  |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –    | ₪ 18,000  |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 10,000  |

#### ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

30. להלן פירוט נזקי התובעת 2:

ג. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 100,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 16,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 32,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 18,000

ד. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

31. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
32. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת 2 בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב במועד התאונה.
33. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין ולחייבה, לפצות את התובעים 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                |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <a href="#">נספח 1: חבות</a> (עמודים 8 עד 13)                               | <a href="#">8</a>   |
| <a href="#">נספח 2: תעודות רפואיות - תובע 1</a> (עמודים 15 עד 57)           | <a href="#">15</a>  |
| <a href="#">נספח 3: תעודות מחלה</a> (עמודים 59 עד 62)                       | <a href="#">59</a>  |
| <a href="#">נספח 4: תעודות רפואיות - התובעת 2</a> (עמודים 64 עד 99)         | <a href="#">64</a>  |
| <a href="#">נספח 5: טופס 1 - מינוי מומחים - ירדן</a> (עמודים 101 עד 101)    | <a href="#">101</a> |
| <a href="#">נספח 6: טופס 1 - מינוי מומחים - אייגרים</a> (עמודים 103 עד 103) | <a href="#">103</a> |
| <a href="#">נספח 7: נחתמו</a> (עמודים 105 עד 110)                           | <a href="#">105</a> |



נספח 1 :

חבות

(עמודים 8 עד 13)





## טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

| פרטים כלליים |                         |           |                               |
|--------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|
| יחידה        | יחידת בוחנים מחוז תא    | מספר תיק  | 2020 / 269435                 |
| תאריך        | 02/06/2020 י' סיון תש"פ | סיווג תיק | ת.ד.                          |
| מס' תיק מסוף | 8 - 2020 - 6236         | מס' מסמך  | ה                             |
| טלפון        | 03-6802222              | פקס       | 03-6803607                    |
| כתובת        | אמץ 2, תל אביב          | מייל      | bohanim.telaviv@police.gov.il |
| נושא המסמך   |                         |           |                               |

### לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 31/05/2020 בשעה 21:40
2. מקום התאונה: תל אביב יפו צומת רחוב שדרות בן גוריון עם רחוב בן יהודה בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

| פרטי הרכב      |                   |              |             |
|----------------|-------------------|--------------|-------------|
| מספר רכב       | סוג רכב           | תוצר רכב     | רמ טורקיה   |
| 7024826        | מונית             | חברת ביטוח   | מספר פוליסה |
| הכשרה          | מערבים ברכב       | שם           | שג לוחית    |
| 1) שיוך המעורב | ת.ד.              | שם           | שג לוחית    |
| נהג            | 66023886          | אלירן אברג'ל | ישראלית     |
| כתובת          | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה | שנת לידה    |
| אילת, אדמון 6  |                   |              | 12/09/1982  |

| פרטי הרכב       |                      |                   |             |
|-----------------|----------------------|-------------------|-------------|
| מספר רכב        | סוג רכב              | תוצר רכב          | יממה צרפת   |
| 65726001        | אופנוע               | חברת ביטוח        | מספר פוליסה |
| הפול הישראלי    | מערבים ברכב          | שם                | שג לוחית    |
| 1) שיוך המעורב  | ת.ד.                 | שם                | ישראלית     |
| נהג             | 21768551             | ירדן גלבוע        | שנת לידה    |
| כתובת           | קופ"ח / בית חולים    | חומרת הפגיעה      | 11/09/1983  |
| ת"א יפו, באר 47 | הדסה עירונ - איכילוב |                   |             |
| 2) שיוך המעורב  | דרכון                | שם                | שנת לידה    |
| נסע             | N09801506            | איינורס נאורבא'בה | 17/03/1989  |
| כתובת           | קופ"ח / בית חולים    | חומרת הפגיעה      |             |
|                 | הדסה עירונ - איכילוב |                   |             |

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 2 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 01/06/2020

| פרטי המטפל בתיק  |            |          |         |
|------------------|------------|----------|---------|
| מ"א              | שם משפחה   | שם פרטי  | שם פרטי |
| 1195106          | ליכטנשטיין | יריב     | שם פרטי |
| פרטי השוטר המוסר |            |          |         |
| מ"א              | דרגה       | שם משפחה | שם פרטי |

שם פרטי

סימון

שם משפחה

טרוסקובסקי

דרגה

107

מ"א

974063





ביטוח חובה - שיורי  
תאריך: 16/07/2020  
מספר: 2020000003536

מבלי לפגוע בזכויות  
מבלי לפגוע בטענות התיישנות  
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד:

גלבע ירדן  
בארי 47  
תל אביב - יפו 6468206  
א.ג.ב.

הנדון: תאונת דרכים מיום : 31/05/2020  
מס' רכב : 65726001  
שם נפגעת/ : מאורבייבה איגרים  
שם הפוליסה : אופנוע בבעלות פרטית  
מספר פוליסה : 761900414819  
שם המבוטח : גלבע ירדן  
סוג הכיסוי הביטוחי : ביטוח חובה

הרינו להודיע כי בחברתנו התקבל מידע לפיו הרכב המבוטח על ידך שמספרו 65726001 היה מעורב בתאונת דרכים ביום 31/05/2020

רצוף בזה טופס הודעה על תאונה אותו ביקש למלא ולהעביר אלינו בהקדם, בהתאם לחובותיך על פי הפוליסה.

אי הענות למכתב זה אינה פוגעת בסמכויותינו לפעול על פי החוק בטיפול בתביעות הנובעות מהתאונה, אם יהיו כאלה.

בכבוד רב,

שלום רב,

שני ברוך

מחלקת תביעות

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")  
 רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל: 03-9424300 פקס: 03-9620909

**דיווח ראשוני על תאונת דרכים**

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, בבקשה למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי  
 באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

**פרטי המבוטח:**

| שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה | מס' רישוי                                                                                            | מס' פוליסה   | חש' ת.ז.  | מס' טלפון  | ייד        |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|------------|------------|
| ירדן גלבוע                    | 65726001                                                                                             | 761900414819 | 021768551 | 0528404025 | 0528404025 |
| מוג רכב:                      | <input checked="" type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> אחר |              |           |            |            |

**פרטי הנהג (בזמן האירוע) יחובה לצרף צילום ת.ז. צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה**

| שם ושם משפחה של הנהג | כתובת           | תא הקשר לבעל הרכב | מס' טלפון         | ייד                    |
|----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| ירדן גלבוע           | בארי 47 תל אביב | אני בעל הרכב      |                   | 0528404025             |
| תאריך לידה של הנהג   | מס' זהות        | מס' רישון         | תאריך תוצאת רישון | מקום עבודה וכתובתה     |
| 11.09.1983           | 021768551       | 8393890           |                   | עצמאי, בארי 47 תל אביב |

☒ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

**פרטי הנפגעים:**

| שם פרטי ומשפחה   | ת.ז.                                                                                                    | כתובת           | מס' טלפון  | שנת לידה | טופלה במסדר רפואי  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|----------|--------------------|
| אגרים באורובייבה | דרכון מספר N09801506                                                                                    | בארי 47 תל אביב | 0586840402 | 1989     | בית החולים איכילוב |
| שם פרטי ומשפחה   | ת.ז.                                                                                                    | כתובת           | מס' טלפון  | שנת לידה | טופלה במסדר רפואי  |
| ירדן גלבוע       | 021768551                                                                                               | בארי 47 תל אביב | 0528404025 | 1983     | בית החולים איכילוב |
| מוג נפגע:        | <input checked="" type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל |                 |            |          |                    |

**פרטי התאונה:**

| תאריך                                                                                                                                                              | שעה   | מקום האירוע                                    | חאם הנוגשת תביעה לביטוח | חאם הסכרה ע"י בעלת לאומי |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 31/05/2020                                                                                                                                                         | 21:40 | תל אביב, צומת שדרות בן גוריון עם רחוב בן יהודה | כן/לא                   | כן/לא                    |
| ***תיאור התאונה, לרבות האם היה מעורב פני בין הרכבים:                                                                                                               |       |                                                |                         |                          |
| בכניסתי לאומת באור ירוק מלא רכב המונות יצאה את נתיב הנסיעה שלנו (כשהוא מצב פניה אסורה ששאלה מהנתיב שלו וממשיך                                                      |       |                                                |                         |                          |
| בנסיעה באור אדום לתוך הנתיב שלנו). אחריו והקטנוע התנגשו בצידה הימני של המונות בעוצמה ועפנו אל הכביש. לאחר ההתנגשות                                                 |       |                                                |                         |                          |
| נהג המונות המשיך בנסיעה ועבר את הצומת ועצר בצד ימין של הכביש.                                                                                                      |       |                                                |                         |                          |
| תיאור הבזק לרכב או לאופנוע: מזלג היגוי קדמי וגלגל קדמי התקפלו לחלוטין. האם דיווח למשטרה: כן/לא                                                                     |       |                                                |                         |                          |
| הקטנוע הוגדר כטוטלוס ע"י שמאי רכב                                                                                                                                  |       |                                                |                         |                          |
| <input type="checkbox"/> התאונה בעבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> בדרך מהעבודה <input checked="" type="checkbox"/> במסגרת פרטית |       |                                                |                         |                          |

**פרטי צד ג' (הרכב המעורב)**

| שם מלא של הנהג המעורב | מס' רישוי | כתובת         | חברת ביטוח | פוליסה מס' | טלפון |
|-----------------------|-----------|---------------|------------|------------|-------|
| אלדן אברג'ל           | 7024826   | אדמון 6, אילת | הנשרה      | 8048588419 |       |

אני ה"מ יידן גלבוע, מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וני לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.  
 תאריך: 29.07.2020 חתימת המבוטח: חתימת הנהג:



ביטוח • חובה • שקורי  
תאריך: 16/07/2020  
מספרו: 2020000003536

מבלי לפגוע בזכויות  
מבלי לפגוע בטענת התביעות  
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד:

גלבוע ירדן  
בארי 47

תל אביב - יפו 6468206

א.ג.נ.

הנדון: תאונת דרכים מיום 31/05/2020  
מס' רכב: 65726001  
שם נפגעת: גאורג'יבה איגרים  
שם הפוליסה: אופנוע בבעלות פרטית  
מספר פוליסה: 761900414819  
שם המבוטח: גלבוע ירדן  
סוג הכיסוי הביטוחי: ביטוח חובה

הרינו להודיע כי בחברתנו התקבל מידע לפיו הרכב המבוטח על ידך שמספרו 65726001 היה מעורב בתאונת דרכים ביום 31/05/2020

רצוף בזה טופס הודעה על תאונה אותו נבקש למלא ולהעביר אלינו בהקדם, בהתאם לתבואתך על פי הפוליסה.

אי הענות למכתב זה אינה פוגעת בסמכויותינו לפעול על פי החוק בטיפול בתביעות הנובעות מהתאונה, אם יהיו כאלה.

מכתב רב

של פוליסה

שני ברוך

מחלקת תביעות

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")  
רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל: 03-9424300 פקס: 03-9620909

#### דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

#### פרטי המבוטח:

| שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה                                                                                 | מס' רישוי | מס' פוליסה   | מס' ת.ז.  | מס' טלפון  | ז"ד        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|------------|------------|
| ירדן גלבוש                                                                                                    | 65726001  | 761900414819 | 021768551 | 0528404025 | 0528404025 |
| סוג רכב: <input checked="" type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> אחר |           |              |           |            |            |

#### פרטי הנהג (בזמן האירוע) חובה לצרף צילום ת.ז. צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

| שם ושם משפחה של הנהג | כתובת           | מה הקשר לבעל הרכב | מס' טלפון          | ז"ד                    |
|----------------------|-----------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| ירדן גלבוש           | בארי 47 תל אביב | אני בעל הרכב      |                    | 0528404025             |
| תאריך לידה של הנהג   | מס' זהות        | מס' רישיון        | תאריך תוצאת רישיון | מקום עבודה ותחבולה     |
| 11.09.1983           | 021768551       | 8393690           |                    | עצמאי, בארי 47 תל אביב |

☒ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

#### פרטי הנפגעים:

| שם פרטי ומשפחה                                                                                                               | ת.ז.                 | כתובת           | מס' טלפון  | שנת לידה | טופלה במוסד רפואי  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|------------|----------|--------------------|
| אגרים מאורבייבה                                                                                                              | דרכון מספר N09801506 | בארי 47 תל אביב | 0588840402 | 1989     | בית החולים איכילוב |
| שם פרטי ומשפחה                                                                                                               | ת.ז.                 | כתובת           | מס' טלפון  | שנת לידה | טופלה במוסד רפואי  |
| ירדן גלבוש                                                                                                                   | 021768551            | בארי 47 תל אביב | 0528404025 | 1983     | בית החולים איכילוב |
| סוג נפגע: <input checked="" type="checkbox"/> נהג <input checked="" type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל |                      |                 |            |          |                    |

#### פרטי התאונה:

|            |       |                                                |                               |                        |
|------------|-------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| תאריך      | שעה   | מקום האירוע                                    | האם נהגשה תביעה לביטוח לאומי? | האם הוגשה עבודה עברית? |
| 31/05/2020 | 21:40 | תל אביב, צומת שדרות בן גוריון עם רחוב בן יהודה | כן                            | כן                     |

תיאור התאונה: לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:  
בכניסתנו לצומת באור ירוק מלא רכב המונית חצה את נתיב הנוסיעה שלנו (נשהוא מכצע פניה אסורה שמאלה מהנתיב שלו וממשיך בנוסיעה באור אדום לתוך הנתיב שלנו). אכחנו והקטנוע התנגשנו בצידה הימני של המונית בעוצמה ועפנו אל הכביש. לאחר ההתנגשות נהג המונית המשיך בנוסיעה ועבר את הצומת ועצר בצד ימין של הכביש.

תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: מזלג היגוי קדמי וגלגל קדמי התקלקלו לחלוטין הקטנוע הוגדר כטוטלוס ע"י שמאי רכב

האם דיווח למשטרה: כן / לא ☒ כן

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☒ במסגרת פרטית

#### פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

| שם מלא של הנהג המעורב | מס' רישוי | כתובת         | חברת ביטוח | פוליסה מס' | טלפון |
|-----------------------|-----------|---------------|------------|------------|-------|
| אלירן אברג'ל          | 7024826   | ארמון 6, אילת | הכשרה      | 8048588419 |       |

אני הח"מ ירדן גלבוש, מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.  
תאריך: 29.07.2020 חתימת המבוטח:

נספח 2 :

תעודות רפואיות - תובע 1

(עמודים 15 עד 57)



תאריך ושעת ההדפסה: 05:27 01/06/2020

## חסוי רפואי

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



רפואה מובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

## שחרור רפואי

|                               |                                          |               |
|-------------------------------|------------------------------------------|---------------|
| שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה | מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786 | אח/ות אחראית: |
| טלפון: 03-6973232             | פקס: 03-6973652                          | דוא"ל:        |

|                        |                  |                                    |
|------------------------|------------------|------------------------------------|
| שם משפחה: גלבוע        | שם פרטי: ירון    | ת.ז.: 21768551                     |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 36          | טלפון: 052-8404025                 |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: בארי 47 תל אביב-יפו 6423313 |

נחוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 01/06/2020 00:03 מספר מקרה: 12164026

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



## תלונה עיקרית

תאונת דרכים

## מחלה נוכחית

בן 36 בריאה בד"כ, ללא אלרגיה לתרופות.

התקבל לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים כרוכב קטנוע כנהג.  
ללא אובדן הכרה, חבוש קסדה, שולל חבלת ראש  
לדבריו נפל ונחבל ביד שמאל, שולל חבלת חזה או בטן  
זוכר את הנפילה והאירועים שקדמו לה.  
קעת שולל כאבי ראש בחילות או הקאות, ללא קוצר נשימה.

במלר"ד בהגעתו

במצב כללי טוב ללא מצוקה נשמית

מדדים חיוניים תקינים

בבדיקתו:

בבדיקה הנירולוגית, כוח גס ותחושה שמורה בארבע גפיים,  
עצבים קרניאלים תקינים אישונים שווים ומגיבים לאור  
ללא רגישות עמ"ש צווארי, ללא כאבי בתנועת צוואר.  
ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו,

|                |               |       |                            |
|----------------|---------------|-------|----------------------------|
| שם: ירון גלבוע | ת"ז: 21768551 | מקרה: | מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה |
|----------------|---------------|-------|----------------------------|

כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא רגישות על פני בית החזה  
בטן רכה לא רגישה. אגן יציב  
רגישות ביד שמאל אזור שורש כף יד  
צוואר ללא הגבלה בהנעה צוואר

=====

במהלך שהותו במיון נבדק ע"י אורתופד:  
בבדיקתו -

נושא משקל בתבנית תקינה עומד על כל רגל בנפרד עם נשיאת משקל  
ללא רגישות או סימני המטומה ע"פ עמ"ש או פאראורטבלרי  
כוח גס שמור 5/5 בגפיים תחתונות  
שמור סנסורית לפי ASIA L2-S1  
החזרים פטלרים שווים  
SLR שלילי

שורש כף יד שמאל רגישות מעל SB ללא רגישות מעל רדיוס דיסטלי או ראש רדיוס  
טווח תנועה מלא במרפק שורש כף יד לרבות פרוסופינציה  
שמור NV דיסטלי

בצילום - ללא ממצא גרמי חריף

במיון הושם בסד ספייקה  
ללא צורך בהמשך בירור במיון האורתופדי

בעת שחרורו חש בטוב, ללא הופעת סימפטומים

משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

**אבחנות במיון**

- ACCIDENT – MOTOR VEHICLE (E819.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

**נתונים קליניים**

**מדדים**

| תאריך ושעה       | חום  | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר חדר |
|------------------|------|----------|------|-------------------|
| 00:48 01/06/2020 |      | 126 / 68 | 70   | 98                |
| 00:06 01/06/2020 | 36.5 |          |      |                   |

**מוניטור**

| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק |
|------------------|----------|------|
| 00:48 01/06/2020 | 126 / 68 | 70   |

**מדדים סדציה**

| תאריך ושעה       | חום  | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר חדר |
|------------------|------|----------|------|-------------------|
| 00:48 01/06/2020 |      | 126 / 68 | 70   | 98                |
| 00:06 01/06/2020 | 36.5 |          |      |                   |

**מדדים חיוניים**

| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק |
|------------------|----------|------|
| 00:48 01/06/2020 | 126 / 68 | 70   |

**סיכום**

ראה פירוט לעיל

**המלצות כלליות**

המלצה:  
ביקורת אורתופד בעוד שבוע בקופח עם צילום ביקורת עדכני של שורש כף יד שמאל  
לא להרטיב גבס  
משככי כאבים לפי צורך- לפי מרשם  
בכל מקרה של החמרה נא לפנות לקבלת טיפול רפואי

רפואה שלמה!!

|               |               |        |                            |
|---------------|---------------|--------|----------------------------|
| שם: ירדן גלבע | ת"ז: 21768551 | מקרה : | מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה |
|---------------|---------------|--------|----------------------------|

חופשת מחלה: 7 ימים.

#### תרופות מומלצות

| מרשם | הערות                       | יחידות לניפוק | אריזות לניפוק | משך    | תדירות     | מינון | אופן מתן | שם התרופה                                                |
|------|-----------------------------|---------------|---------------|--------|------------|-------|----------|----------------------------------------------------------|
| ✓    | סיכון גבוה לנפילות במבוגרים |               |               | 7 ימים | ביום 1 X 2 | 1 tab | P.O      | ZALDIAR FC TAB 37.5 mg/325mg (TRAMADOL HCL, PARACETAMOL) |

#### הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

#### חתימת אחות משחררות

|                       |                       |                               |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| שם החותם<br>פטינו רחל | תפקיד<br>אחות משחררות | זמן חתימה<br>01/06/2020 05:27 |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|

#### רופאה משחררות

|                                          |                       |                               |
|------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| שם החותם<br>ד"ר שורצברד סיון מ.ר. 133886 | תפקיד<br>רופא/ה משחרר | זמן חתימה<br>01/06/2020 05:23 |
|------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



02/06/2020 תאריך

**הפניה לרפואה יועצת**

| פרטי המטופל       |               |        |             |              |  |
|-------------------|---------------|--------|-------------|--------------|--|
| גלבוע ירדן        | 00-02176855-1 | 36.09  | 11/09/1983  | דורון        |  |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | ת.לידה      | שם האב       |  |
| תל אביב -י        | 2             | 2      | 52 -8404025 | 52 - 8404025 |  |
| בארי              | רחוב          | מס בית | טלפון       | טלפון נוסף   |  |
| ישוב              |               |        |             |              |  |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

**מספר הפניה ישירה: 33288175588**

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288175588

תז נבדק



21768551

מספר רשיון



014403

**לכבוד: אורטופד**

**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** 02/06/2020 ת.ד. 31.5.20 בהיותו רוכב קטנוע נבדק מיון איכילוב רגישות איזור סקפואיד שמאל בצילום ללא ממצא גרמי בוצע גבס מעקב אורטופד ב 8.6.20 צילום כתף צלעות שמאל לדבריו ללא ממצא

**ממצאים בבדיקה** 02/06/2020 טווח גפה עליונה שמאל מרפק כתף שמורים הפניה להערכה אורטופדית חופש 1-8.6.20

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון   | אבחנה          |
|------|----------|----------------|
| U80  | RA       | INJURIES       |
| 9232 | LT WRIST | CONTUSION HAND |

**תרופות קבועות**

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                         |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | RITALIN 20MG SR TAB 20MG       |

**\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*** דף 1 מ 2

02/06/2020

הודפס ע"י ד"ר יוסף קליינמן 00-02176855-1

הפניה לרפואה יועצת

גלבוע ירדן

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



02/06/2020 תאריך

**סיכום ביקור**

| פרטי המטופל       |         |        |        |            |              |
|-------------------|---------|--------|--------|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | ז      | 11/09/1983 | דורון        |
| 00-02176855-1     | 36.09   | מין    | ת.לידה | שם האב     | גלבוע ירדן   |
| תל אביב - י       | בארי    | 2      | מס בית | טלפון      | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון  | טלפון נוסף | 52 - 8404025 |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

**שלום רב,**

תאריך הביקור: 02/06/2020  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: 02/06/2020 ת.ד. 31.5.20 בהיותו רוכב קטנוע נבדק מיון איכילוב רגישות איזור סקפואיד שמאל בצילום ללא ממצא גרמי בוצע גבס מעקב אורטופד ב 8.6.20 צילום כתף צלעות שמאל לדבריו ללא ממצא

נושא הבדיקה: כיורגיה  
בדיקה גופנית: 02/06/2020 טווח גפה עליונה שמאל מרפק כתף שמורים הפניה להערכה אורטופדית חופש 1-8.6.20

| קוד  | איפיון   | אבחנה          |
|------|----------|----------------|
| U80  | RA       | INJURIES       |
| 9232 | LT WRIST | CONTUSION HAND |

| הפניות             | פרטי ההפניה              | קוד | התחייבות | סטטוס |
|--------------------|--------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לרפואה יועצת | 70017-בדיקת רופא אורתופד | H1  | הודפס    | הודפס |

| קוד | אישור      | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|-----|------------|------------|------------|-------|
| 11  | אישור מחלה | 01/06/2020 | 08/06/2020 | הודפס |

**בברכה,**

לואט אלט אלוט ואלט  
ולט אלט אלט אלט  
לואט אלט אלט אלט  
ולט אלט אלט אלט

ד"ר יוסף קליינמן  
שם הרופא  
מס' רשיון  
14403

07/06/2020 תאריך

**סיכום ביקור**

| פרטי המטופל       |               |        |     |             |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|-------------|--------------|
| גלבע ירדן         | 00-02176855-1 | 36.09  | ז   | 11/09/1983  | דורון        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה      | שם האב       |
| תל אביב -י        | בארי          | 2      |     | 52 -8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון       | טלפון נוסף   |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

**שלום רב,**

תאריך הביקור: 07/06/2020  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: 02/06/2020 ת.ד. 31.5.20 בהיותו רוכב קטנוע נבדק מיון איכילוב רגישות איזור סקפואיד שמאל בצילום ללא ממצא גרמי בוצע גבס מעקב אורטופד ב 8.6.20 צילום כתף צלעות שמאל לדבריו ללא ממצא  
07/06/2020:סיכום לבקשתו



נושא הבדיקה: כירורגיה  
בדיקה גופנית: 02/06/2020 טווח גפה עליונה שמאל מרפק כתף שמורים הפניה להערכה אורטופדית חופש 1-8.6.20  
07/06/2020:קבל סיכום

| קוד  | איפיון   | אבחנה                 |
|------|----------|-----------------------|
| U80  | RA       | INJURIES              |
| 9232 | LT WRIST | CONTUSION HAND        |
| V67  |          | FOLLOW-UP EXAMINATION |

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 02/06/2020 הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקת רופא אורתופד  
07/06/2020

**בברכה,**

מאט גלס  
רופא כירורג  
מחלקת כירורגיה  
מרכז הרפואה

ד"ר יוסף קליינמן  
שם הרופא  
14403  
מס' רשיון

עמוד I מתוך I

|            |              |           |      |                               |             |
|------------|--------------|-----------|------|-------------------------------|-------------|
| 07/06/2020 | ת. ביצוע:    | 2176855-1 | ת"ז: | ירדן גלבע                     | נבדק:       |
| 07/06/2020 | אישור פענות: | 36 שנים   | גיל: | 11/09/1983                    | תאריך לידה: |
| 07/06/2020 | ת. הדפסה:    | זכר       | מין: | מחוז תל אביב יפו, (20000)     | מוסד מפנה:  |
|            |              |           |      | מר.ע. רייס יעקב תל אביב -יפו, | גורם מפנה:  |
|            |              |           |      | (28540)                       |             |
|            |              |           |      | יעקב פנח רייס, (15635)        | רופא מפנה:  |

בדיקה: צילום יד / שורש / כף / אצבעות

**סיבת ההפניה:**

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

**בוצע:**

צילום יד / שורש / כף / אצבעות בתאריך 07/06/2020 08:02 מ.ג.: 1025001494941 מבצע: מיטל זולונדק פלפלי;  
צילום כף יד שמאל;

**ממצאים:**

צילום בוצע בגבס, אין הדגמה אופטימאלית  
אין הדגמה ברורה של ממצא חבלתי.

**סיכום:**

כמפורט בפענוח לעיל.

7/6/2020 10:17

מספר רשיון: 17726

אושרר ע"י: ד"ר סוסנה ביאטריס פלדמן



**אשור המשרד**

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

**שרות אמבולטורי  
מרפאה אורטופדית**

תאריך

מס. תיק

אל: הגבסן

מאת: מרפאה אורטופדית

נא לבצע לחולה:

שם פרטי

שם המשפחה



- |                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01148 טפול בלייזר ראשון            | <input type="checkbox"/> 00026 הוצאת תפרים              |
| <input type="checkbox"/> 00767 טפול בלייזר חוזר             | <input type="checkbox"/> 00023 החלפת תחבושות            |
| <input type="checkbox"/> 75990 הוצאת k Wire                 | <input type="checkbox"/> 00019 תחבושת אלסטית            |
| <input type="checkbox"/> 75990 נ. אמבולטורי זעיר            | <input type="checkbox"/> 00194 תחבושת גיונס             |
| <input type="checkbox"/> 75990 ניקור ברך                    | <input type="checkbox"/> 00969 צוארון רך                |
| <input type="checkbox"/> 00854 טיפול חירופודי               | <input checked="" type="checkbox"/> 29700 הורדת גבס     |
| <input type="checkbox"/> 75990 שאיבת גנגליון                | <input type="checkbox"/> 29720 תקון גבס לא חידוש        |
| <input type="checkbox"/> 00007 הוצאת גוף זר                 | <input type="checkbox"/> 00969 מחלה או צוארון           |
| <input type="checkbox"/> 00571 סד בינוני מאורתופלסט         | <input type="checkbox"/> 29405 גבס מתחת למרפק - גבס קטן |
| <input type="checkbox"/> 00414 סד למניעת צניחת הרגל מהקסלים | <input type="checkbox"/> 00005 גבס מעל למרפק - גבס גדול |
| <input type="checkbox"/> 00413 סדים לשמירת כתף              | <input type="checkbox"/> 00005 צינור פייפ               |
| <input type="checkbox"/> 00901 טיפול במכשיר ווגנר           | <input type="checkbox"/> 00005 גבס עד למפשעה - גבס גדול |
| <input type="checkbox"/> 00899 טיפול במכשיר אליזרנף         | <input type="checkbox"/> 00005 גבס עד לפרק - גבס קטן    |
| <input type="checkbox"/> 00182 FNA                          | <input type="checkbox"/> 00846 גבס הליכה - תיקון סוליה  |
| <input type="checkbox"/> לקרוא לרופא                        | <input type="checkbox"/> 00581 הזרקה לפרק               |

← גבס



\_\_\_\_\_ ☐  
 \_\_\_\_\_ ☐  
 \_\_\_\_\_ ☐

חתימת הרופא המטפל



מק"ט - 4504010911

## חסוי רפואי

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



רפואה טובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

## סיכום ביקור רפואי

|                           |                                      |                |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067 | אח/ות אחראי/ת: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                 | דוא"ל:         |

|                        |                  |                                    |
|------------------------|------------------|------------------------------------|
| שם משפחה: גלבוע        | שם פרטי: ירדן    | ת.ז.: 21768551                     |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 36          | טלפון: 052-8404025                 |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: בארי 47 תל אביב-יפו 6423313 |

נתוני ביקור - תאריך: 08/06/2020 שעה: 09:25 מספר ביקור: 38129431

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב



## סיכום ודין

בן 36

ב 31/5/20 היה מעורב בת.ד כחוב קטנוע  
פגיעת שרש יד שמאל שנחשדה לשבר סקפואיד וגובס  
ביצע אתמול צילום בקופ"ח של שרש היד בגבס -> לא מלמד  
עדין מלין על כאביו בשרש היד, מרפק וכתף  
ממליץ - משככי כאב  
ביקורת עוד שבוע להסרת גבס וצילומים מכוונים  
לבצע בדיקת US של הכתף עד הביקורת  
ח מחלה 3 שבועות מהתאונה

## הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

20937 מ.ר. יעקב  
20937 מ.ר. יעקב  
20937 מ.ר. יעקב

חתימה: \_\_\_\_\_

נחתם ע"י: דר' בראילן יעקב מ.ר. 20937

עמוד 1 מתוך 1

|            |              |           |      |                                         |             |
|------------|--------------|-----------|------|-----------------------------------------|-------------|
| 09/06/2020 | ת. ביצוע:    | 2176855-1 | ת"ז: | ירדן גלבו                               | נבדק:       |
| 09/06/2020 | אישור פענוח: | 36 שנים   | גיל: | 11/09/1983                              | תאריך לידה: |
| 09/06/2020 | ת. הדפסה:    | זכר       | מין: | מחוז תל אביב יפו, (20000)               | מוסד מפנה:  |
|            |              |           |      | מר.עצ. רייס יעקב תל אביב - יפו, (28540) | גורם מפנה:  |
|            |              |           |      | יעקב פנח רייס, (15635)                  | רופא מפנה:  |

**בדיקה: א.ס. US כתף**  
**א.ס. US עצמות / רקמות רכות**

**סיבת ההפניה:**

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

**בוצע:**

א.ס. US כתף בתאריך 09/06/2020 10:46 מ.ג.: 1025001497033 מבצע: רונן ויסהויז;  
א.ס. US כתף שמאל;  
א.ס. US עצמות / רקמות רכות בתאריך 09/06/2020 10:46 מ.ג.: 1025001497065 מבצע: רונן ויסהויז;  
א.ס. US רקמות רכות;

**ממצאים:**

כאבים עם הקרנה לזרוע.

US כתף+זרוע שמאל.

1. LONG TENDON OF BICEPS MUSCLE – הדגמה תקינה.
2. TENDON SUPRASPINATUS – קרע חלקי 3 מ"מ.
3. TENDON INFRASPINATUS – הדגמה תקינה.
4. TENDON SUBSCAPULARIS – הדגמה תקינה.
5. SUBDELTOID – SUBACROMIAN BURSA – הדגמה תקינה.
6. נוזל הפרק של הכתף – לא הודגם נוזל יתר.
7. מפרק אקרומיאול קלוי קולרי – ללא ממצא חולני.
8. מבנה גרמי – תקין.
9. זרוע-הדגמה תקינה.

**סיכום:**

9/6/2020 11:30

מספר רשיון: 15221

אושרר ע"י: ד"ר שאול צוקיר

תאריך ושעת ההדפסה: 12:33 17/06/2020

חסי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות  
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי  
מוסוף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
בסניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חזרי אמל מר. 29067

## סיכום ביקור רפואי

|                           |                                     |               |
|---------------------------|-------------------------------------|---------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: דר' חזרי אמל מר. 29067 | אח/ת אחראי/ת: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                | דוא"ל:        |

|                        |                  |                                    |
|------------------------|------------------|------------------------------------|
| שם משפחה: גלבוע        | שם פרטי: ירדן    | ת.ז.: 21768551                     |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 36          | טלפון: 052-8404025                 |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: בארי 47 תל אביב-יפו 6423313 |

נתוני ביקור - תאריך: 17/06/2020 שעה: 10:59 מספר ביקור: 38164353

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופלת חשה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

### סיכום דיון

ב 36

ב 31/5/20 היה מעורב בת ד כרכב קטסע  
פגיעת שרש יד שמאל שנחשדה לשבר סקפואיד גובס  
ביצע אתמול צילום בקופ"ח של שרש היד בגבס <  
לא מלמד

עדין מלין על כאבים בשרש היד, מרפק וכתף  
ממליץ משככי

כאב

ביקורת עוד שבוע להסרת גבס וצילומים מכוונים

של הכתף עד הביקורת US לבצע בדיקת

ח מחלה 3 שבועות מהתאונה

17/6/20: עדין מלין על כאב ביד המגובסת

בצילום אין לראות שבר

בסיטי סקפואיד אינו מזהה קו שבר. יש רושם לשבר תלישה בטרפזיוס

ימשך קיבוע בגבס עוד שבועיים. לברר פענוח דיילוד סיטו

ביצע גם US כתף שמאל. הודגם קרע מזערי, חלקי בגיד ה-SSP. השאר תקין.

נגדי כאב

המשך ח' מחלה עוד 3 שבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

דר' ק. ברי-אילן  
אורתופד  
מר. 20937

נחתם ע"י: דר' ברי-אילן יעקב מר. 20937

חתימה:

סניף מור מגדל המאה ת"א  
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)  
טלפון: 03-7760100

תאריך הדפסה: 18 יוני, 2020

**תוצאות בדיקת C.T.**

שם נבדק/ת: גלבע, ירדן  
תאריך בדיקה: 15/06/2020  
כתובת: תל אביב-יפו, בארי, 0002  
052  
גורם מפנה: תל אביב-יפו  
מדפיסה: סמ  
ת.ז.: 021768551  
טלפון: 052 - 8404025 - 8404025  
רופא מפנה/מטפל: רייס יעקב פנח

לכבוד  
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

**להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של שורש כף יד שמאל:**

סיבת ההפניה: חסרים פרטים קליניים בהפניה.

היד בגבס.

הודגם קו שבר ללא תזוזה בטרפזיוס.

באותה עצם טרפזיוס נצפה שבר תלישה עם ניתוק של חתיכת עצם בגודל 2 מ"מ באספקט הלטרל – דיסטאלי של הטרפזיוס.



בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.  
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

תאריך ושעת ההדפסה: 11:25 01/07/2020  
חסי רפואי

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



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

מערך אורתופדי  
מנהל מערך: דר' חורי אמל מר. 29067

### סיכום ביקור רפואי

|                           |                                     |         |
|---------------------------|-------------------------------------|---------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מר. 29067 | אחראית: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                | דוא"ל:  |

|                        |                 |                                         |
|------------------------|-----------------|-----------------------------------------|
| שם משפחה: בלבע         | שם פרטי: ירון   | ת.ז.: 21768551                          |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 36         | טלפון: 052-8404025                      |
| מין: זכר               | גרם ממסן: כללית | כחובות: בארי 47 תל-אביב-<br>יפו 6423313 |

בתוני ביקור - תאריך: 01/07/2020 שעה: 11:20 מספר ביקור: 38211823

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופלת חשה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה. להמשך טיפול בכאב

### סיכום ודין

בן 36

ב 31/5/20 היה מעורב בת ד כרכב קטנוע  
פגיעת שרש יד שמאל שנחשדה לשבר סקפואיד וגובס  
ביצע אתמול צילום בקופ"ח של שרש היד בגבס <  
לא מלמד

עדיין מלין על כאבים בשרש היד, מדפק וכתף  
ממליץ משככי כאב

ביקורת עוד שבוע להסרת גבס וצילומים מכוונים

לבצע בדיקת US של הכתף עד הביקורת

ח מחלה 3 שבועות מהתאונה

17/6/20 עדיין מלין על כאב ביד המגובסת

בצילום אין לראות שבר

בסיטי סקפואיד אינו מזהה קו שבר. יש רחשם לשבר תלישה בטרפזיוס

ימשיך קיבוע בגבס עוד שבועיים. לברר פענוח רדיולוד סיטי

השאר תקין. SSP כתף

שמאל. הודגם קרע מזערי, חלקי בגיד ה US ביצע גם

וגדי כאב המשך ח' מחלה עוד 3 שבועות

1/7/20 עדיין בגבס. בסיטי שביצע, לפי פענוח, קו שבר ללא תזוזה בטרפזיוס וגם שבר תלישה בשולי

ביקורת עוד שבוע להסרת הגבס. צילום

להגיע עם תומך שרש יד

### הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

ד"ר ק. בר-אילן  
אורתופד מנהל  
מז' 20937

## חסוי רפואי

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



רפואה מובילה ואנושית  
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי  
מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

## סיכום ביקור רפואי

|                           |                                      |                |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067 | אח/ות אחראי/ת: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                 | דוא"ל:         |

|                        |                  |                                    |
|------------------------|------------------|------------------------------------|
| שם משפחה: גלבו         | שם פרטי: ירדן    | ת.ז.: 21768551                     |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 36          | טלפון: 052-8404025                 |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: בארי 47 תל אביב-יפו 6423313 |

נתוני ביקור - תאריך: 08/07/2020 שעה: 10:12 מספר ביקור: 38236433

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כ

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

## סיכום ודיון

בן 36

ב 31/5/20 היה מעורב בת.ד כרכב קטנוע  
פגיעת שרש יד שמאל שנחשדה לשבר סקפואיד וגובס  
ביצע אתמוזל צילום בקופ"ח של שרש היד בגבס <  
לא מלמד

עדיין מלין על כאביו בשרש היד, מרפק וכתף  
ממליץ משככי כאב

ביקורת עוד שבוע להסרת גבס וצילומים מכוונים  
של הכתף עד הביקורת US לבצע בדיקת

ח מחלה 3 שבועות מהתאונה

17/6/20 עדיין מלין על כאב ביד המגובסת

בצילום אין לראות שבר

בסיטי סקפואיד איני מזהה קו שבר. יש רושם לשבר תלישה בטרפזיום  
ימשיך קיבוע בגבס עוד שבועיים. לברר פענוח רדיולוד סיטי

ביצע גם US שמאל. הודגם קרע מזערי, חלקי בגיד הכתף SSP. השאר תקין  
נוגדי כאב המשך ח' מחלה עוד 3 שבועות

1/7/20 עדיין בגבס. בסיטי שביצע, לפי פענוח, קו שבר ללא תזוזה בטרפזיום וגם שבר תלישה בשוליון  
ביקורת עוד שבוע להסרת הגבס וצילום

להגיע עם תומך שרש יד

8/7/20 הגבס הוסר

צילום- לא מדגים את השבר

יתחיל הפעלה עצמית. ממליץ להפנותו לפיזיותרפיה. שימוש בתומך שרש יד לסירוגין (בעת מאמץ מנואלי)  
מתלונן על זרמים בשתי האמות, להשלים ביקת EMG + NCT בקופ"ח והמשך מעקב בקהילה

ח מחלה מיום התאונה ועד 20/7/20

## הפניה לביתנוח

מופנה לביתנוח: לא

תאריך 09/07/2020

## סיכום ביקור

|                   |               |        |     |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |     |              |              |
| גלבוש ירדן        | 00-02176855-1 | 36.10  | ז   | 11/09/1983   | דורון        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת. לידה      | שם האב       |
| תל אביב -         | בארי          | 2      |     | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

**שלום רב,**

רופא מטפל: **לכבוד:**  
09/07/2020 **תאריך הביקור:**  
0 ביקור רגיל **סוג ביקור:**  
רגיל **מהות הביקור:**

## אבחנות פסיכיאטריות פעילות

| קוד  | איפיון | אבחנה                      |
|------|--------|----------------------------|
|      |        | SHORT PR -SYNDROME(LGL?)   |
| 7813 |        | ATTENTION DEFICIT DISORDER |
| 7384 | L5     | SPONDYLOLISTHESIS          |

## אבחנות בביקור

|         |        |                                          |
|---------|--------|------------------------------------------|
| ת.גילוי | איפיון | אבחנה                                    |
| F432    |        | ADJUSTMENT DISORDERS                     |
| V6801   |        | PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT. |

## תרופות בביקור

[illegible]

**סיכום ודיון:** לאחר תד ייש להתחיל רבע מירו ולהפנות לרמת חן להמשך טיפול

**בברכה.**

14737

ד"ר אלכס קליין

## חתימה וחותמת הרופא

## מספר רשיון

**שם הרופא**

1 १८

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

## סיכום ביקור

09/07/2020

00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר אלכס קליין

**גלבוע ירדן**

08/07/2020 תאריך  
17:27

## הפניה כללית

| פרטי המטופל       |         |        |       |              |            |              |
|-------------------|---------|--------|-------|--------------|------------|--------------|
| גלבוע ירדן        |         |        |       |              |            |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | ז     | ת.לידה       | דורון      | שם האב       |
| תל אביב - י       | בארי    | 2      | 36.10 | 52 - 8404025 | 11/09/1983 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | מין   | טלפון        | טלפון נוסף |              |
|                   |         |        |       |              |            |              |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

מספר הפניה: 33288190144

גורם שולח  
3288

מספר הפניה  
033288190144

תז נבדק  
21768551

מספר רשיון  
096864

## לכבוד: ריפוי בעיסוק

### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                     | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------------------|-------------|
| 81001     | 97003     | ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 81001       |

### אבחנה משוערת

| קוד  | אפיזון   | אבחנה                |
|------|----------|----------------------|
| 9249 | It wrist | CONTUSION            |
|      |          | avulsion #           |
| 923  |          | CONTUSION UPPER LIMB |

### תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2020:

ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראילן המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ולרכוש סד לשורש כף יד 08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורתופדית איכילוב. סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיוס, קובע בגבס במשך כ 5 שבועות.

כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP. ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל. כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.

בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמש"צ+עמש גבי+ מותני, רגישות SIJ שמאל. שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל, טווחים 80-50, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טינל קוביטלי חיובי

ס.ה.ר. 7

דף 1 מ 2

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

08/07/2020 הודפס ע"י ד"ר (רופא) אורן רודיק 00-02176855-1

הפניה כללית

גלבוע ירדן

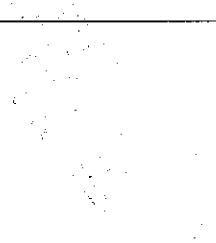
שמאל כמנל בגובה תעלה קרפליית , דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית  
 ליד נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר . ברך שמאל ללא  
 תפליט, ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה .

דין/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 06/07/2020:  
 טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - אשור לרכישת סד לשורש כף י  
 08/07/2020

#### תרופות קבועות

| תרופות                         | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|--------------------------------|------|---------|-------|------|
| CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  | 1    | כמוסות  | 1     | ביום |
| RITALIN 20MG SR TAB 20MG       | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

#### מטרת הבדיקה: הפעלה אקטיבית + אקטיבית נעזרת הפעלה אצבעות

|                                                                                                         |                     |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <br>חתימה וחותמת הרופא | 96864<br>מספר רשיון | ד"ר (רופא) אורן רודיק<br>שם הרופא |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|

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



08/07/2020 תאריך

**הפניה לפיזיותרפיה**  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

| פרטי המטופל   |              |        |            |         | גלבווע ירדן       |         |
|---------------|--------------|--------|------------|---------|-------------------|---------|
| 00-02176855-1 | 36.10        | ז      | 11/09/1983 | דורון   | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות |
| שם האב        | ת.לידה       | מין    | גיל        | מס זהות | שם האב            | מס זהות |
| 52 - 8404025  | 52 - 8404025 | 2      | 2          | מס בית  | רחוב              | באר     |
| טלפון נוסף    | טלפון        | מס בית | רחוב       | באר     | תל אביב - י       | ישוב    |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

**מספר הפניה: 33288190140**

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288190140

תז נבדק



21768551

רשיון רופא



096864

**שירות שנבחר**

| שירות רפואי | תיאור רפואי                                   | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|-----------------------------------------------|-----------|-----------|
| 80015       | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 97001     | 80015     |

CONTUSION UPPER LIMB

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2020:  
ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראילן המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ולרכוש סד לשורש כף יד 08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורטופדית איכילוב. סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיוס, קובע בגבס במשך כ 5 שבועות.  
כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP.  
ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל.  
כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.

בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמשצ+עמש גבי+ מותני, רגישות SIJ שמאל. שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל, טווחים 80-50, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טינ ל קוביטלי חיובי שמאל כממל בגובה תעלה קרפליית, דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית ליד נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר. ברך שמאל ללא תפליט, ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה.

תרופות קבועות

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

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

הפניה לפיזיותרפיה

00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) אורן רודיק

גלבווע ירדן

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                         |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | RITALIN 20MG SR TAB 20MG       |

**מטרת הבדיקה:** הפעלת כתף, שורש יד וברך שמאל

|                       |            |                    |
|-----------------------|------------|--------------------|
| ד"ר (רופא) אורן רודיק | 96864      |                    |
| שם הרופא              | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |

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



7 ה.ר. 7

דף 2 מ 2

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

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר (רופא) אורן רודיק 00-02176855-1

גלבוע ירדן

DR.HAGLA ORABI  
ORTHOPEDIC SURGEON

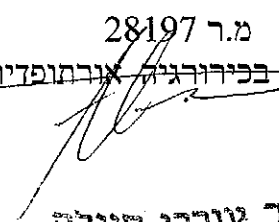
ד"ר חיגלה עוראבי  
אורטופד מנתח  
מרפאה רח' ידעיהו 24  
רמת חן ר"ג

TEL. FAX. 03-9047701

20/7/2020

הנדון : מר גלבוע ירדן ת"ז 021768551  
כאב בשורש כף יד מצד שמאל  
תאונת קטנוע ב 31/5/2020 נחבל בצד שמאל וגב כתף שמאל וברך ש מאל . טופל  
בגבס כחודש וחצי עקב שבר תלישה בשורש כף יד שמאל  
עבר בדיקת CT שורש כף יד שמאל אובחן שבר ללא תזוזה טרפציוס ושבר תלישה  
2 ממ מהטרפציוס . עדיין סובל מכאבי בשורש כף יד שמאל .  
לאחר התאונה התלונן על כאב בגב תחתון ללא הקרנה לרגליים .  
כתף מצד שמאל הגבלה בסיבוב פנימי ואבדוקציה עבר US כתף עם אבחנה קרע  
3 ממ בסופראספינטוס  
כאב מעל ITB ברך שמאל ללא הגבלה בתנועות יציבות שמורה ללא נוזל תוך  
פרקי .  
כאב באינרציה של גיד טריציפס  
החיל PT  
ממליץ על CT עש מותני



בכבוד רב  
ד"ר חיגלה עוראבי  
מ.ר 28197  
~~מומחה בכירורגיה אורתופדית~~  
  
ד"ר עוראבי חיגלה  
מומחה לאורתופדיה כירורגית  
מ.ר 12577

27/07/2020 תאריך

**הפניה לדימות**

| פרטי המטופל   |        |      |            |                | גלבוש ירדן        |            |
|---------------|--------|------|------------|----------------|-------------------|------------|
| 00-02176855-1 | 36.10  | ז    | 11/09/1983 | דורון          | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    |
|               | גיל    | מין  | ת.לידה     | שם האב         |                   |            |
| 2             | מס בית | רחוב | בארי       | תל אביב - ישוב | 52 - 8404025      | טלפון נוסף |
|               |        |      |            |                | 52 - 8404025      | טלפון      |

תאריך תאונה 31/05/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

**מספר הפניה ישירה: 33288196736**

גורם שולח  
3288

מספר הפניה  
033288196736

תז נבדק  
21768551

רשיון רופא  
028197

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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

**לכבוד: CT ע"ש מותני**

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                 | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | 10304017    |

**המטופל מתלונן על**

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/07/2020  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2020  
ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראילן המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ו לרכוש סד לשורש כף יד  
08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורתופדית איכילוב.  
סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיוס, קובע בגבס במשך כ 5 שבועות.  
כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP.  
ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל.  
כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.  
בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמשצ+עמש גבי+ מותני, רגישות SIJ שמאל. שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל, טווחים 80-50, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טינל קוביטלי חיובי

שמאל כמנל בגובה תעלה קרפליית , דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית  
ליד נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר . ברך שמאל ללא  
תפליט, ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה .  
27/07/2020:

#### אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון   | אבחנה                |
|------|----------|----------------------|
| 9249 | lt wrist | CONTUSION            |
|      |          | avulsion #           |
| 923  |          | CONTUSION UPPER LIMB |

#### דין/תוכנית טיפולית

דין/תוכנית טיפולית מתאריך 08/07/2020:  
ההפניות שהופקו ב 06/07/2020:  
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - אשור לרכישת סד לשורש כף י  
08/07/2020:  
פיזיותרפיה  
ריפוי בעיסוק  
EMG וביקורת  
הקפדה על יישור מרפק ככל שניתן  
ההפניות שהופקו ב 08/07/2020:  
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי -  
56016-אלקטרומיוגרפיה EMG , טופס הפניה כללי - 81001-ריפוי בעיסוק  
אבחון  
27/07/2020:

#### הערות:

כאבי גב

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר עורבי חגלי  
מומחה לאורתופדיה כירורגית  
מזה 18577

28197

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

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 ביה"ח  
מפורסמת באתר הכללית



סניף מור מגדל המאה ת"א  
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)  
טלפון: 03-7760100

תאריך הדפסה: 30 יולי, 2020

**תוצאות בדיקת C.T.**

שם נבדק/ת: גלבע, ירדן  
תאריך בדיקה: 27/07/2020  
כתובת: תל אביב-יפו, בארי  
גורם מפנה: תל אביב-יפו  
מדפיסה: סמ  
ת.ז.: 021768551  
טלפון: 052-8404025  
רופא מפנה/מטפל: חגלי עראבי

לכבוד  
הרופא המטפל  
ד"ר נכבד,

**להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני-סקראלי:**

סיבת ההפניה: כאב גב תחתון.  
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שיחזורים.

סקוליוזיס.  
המיסקרליזציה ימנית של L5.  
צמצום המרווח הבין חולייתי בגובה L4-L5 ובגובה L5-S1.  
אנטרוליסטוזיס דרגה 1 של L4 כלפי L5.  
אוסטאופיטים קדמיים בחוליות L4 ו-L5.

**בגובה D12-L1-L2-L3-L4: תקינים.**

**בגובה L4-L5:** ניוון של הפאסטים.  
הסתידויות בליגמנטה פלאבה.  
היצרות קלה של התעלה הוורטברלית.

**בגובה L5-S1-סקרום:** אין עדות ללחץ על השק הטקאלי או על השורשים אם כי הודגם בלט דיסק אחורי מרכזי קטן בגובה L5-S1.

**בסיכום:** דיסקופטיות L5-S1 ו-L4-L5.  
המיסקרליזציה ימנית של L5.  
אפשרות של לחץ לא גדול על השק הטקאלי בגובה L4-L5.  
היתר כמתואר.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.  
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

## פרטי הביקור

תאריך: 09/07/2020

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

נבדק: בהסכמה

## סימנים חיוניים

גובה: 170 נמדד ב: 29/12/2019 משקל: 77 נמדד ב: 29/12/2019 BMI: 26.64

לחץ דם: 82 / 131 נמדד ב: 29/12/2019

דופק: 61 נמדד ב: 29/12/2019

eGFR: 92.77

מתאריך: 9/05/2018

## מהלך המפגש

מהלך המפגש: לאחר תד עם אופנוע במאי מאז לא אותו דבר רגיש לרעשים חרדות יטול רבע מירו יופנה להמשך טיפול בר חן להערכה אצל יולה

## סטטוס פסיכיאטרי

סיכום בדיקה: -----תוצאות בדיקה-----  
 נוכחים בבדיקה: אני והוא  
 התרשמות ראשונית: משתף פעולה באופן מלא.  
 יצירת קשר עם הבודק: יוצר קשר עין.  
 הופעה: נראית תואמת לגיל; מסודרת ותקינה.  
 פסיכומטוריקה: תקינה.  
 סימני פגיעה עצמית: ללא סימנים בולטים.  
 מודע: צלול.  
 התמצאות בזמן: תקינה.  
 התמצאות במקום: תקינה.  
 זכרון: תקין.  
 קשב וריכוז: תקין ומלא.  
 אפקט-התאמה: אאוטימי ותואם את תכני החשיבה.  
 רצף חשיבה: תקין.  
 קצב חשיבה: תקין.  
 תוכני חשיבה: התעסקות יתר בבעיות יומיומיות.  
 פרספציה: שוללת ואין עדות להפרעות בפרספציה.  
 דמוי גוף: תקין.  
 אינטליגנציה: תקינה.  
 בחן מציאות: תקין.  
 שפוט חברתי: תקין.  
 תובנה למחלה: תקינה.  
 אמינות: טובה.  
 -----הערכת סיכון-----  
 אובדנות פעילה: לא קיימת  
 אובדנות בעבר: ללא מחשבות או כוונות אובדניות.  
 תוקפנות פעילה: לא קיימת

אובדנות פעילה: לא קיימת

## תוקפנות פעילה: לא קיימת

אבחנות פעילות נוספות:

| קוד  | איפיון | אבחנה                                           |
|------|--------|-------------------------------------------------|
| 7813 |        | SHORT PR -SYNDROME(LGL?)                        |
| 7384 | L5     | ATTENTION DEFICIT DISORDER<br>SPONDYLOLISTHESIS |

| קוד   | איפיון | אבחנה                                    |
|-------|--------|------------------------------------------|
| F432  |        | ADJUSTMENT DISORDERS                     |
| V6801 |        | PRESCRIPTION GIVEN WITHOUT NEED FOR INT. |

## תופות פסיכיאטריות קבועות

| השפעה | תופעות לוואי | החל מ-     | מינון      | תרופה                          |
|-------|--------------|------------|------------|--------------------------------|
|       |              | 09/07/2020 | ביום 1 X 1 | MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG      |
|       |              | 16/08/2016 | ביום 1 X 1 | RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  |
|       |              | 16/08/2016 | ביום 1 X 1 | CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG |
|       |              | 26/06/2014 | ביום 1 X 1 | RITALIN 20MG SR TAB 20MG       |

## תופות קבועות נוספות

| השפעה | תופעות לוואי | החל מ- | מינון      | תרופה                         |
|-------|--------------|--------|------------|-------------------------------|
|       |              |        | ביום 1 X 2 | ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB |

| עין | P  | מ | עד | ח | ק | נ | OP    | סה"כ משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                     |
|-----|----|---|----|---|---|---|-------|----------|---|---|--------|------|-----|---------------------------|
| 1   | PF | 1 |    |   | ק | ח | יחידה | 30       | C | 1 | טבליות | TAB  | 1   | MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG |



תרופות שהופקו דרך אלגוריתם: הפקת מרשמים לתרופות קבועות למשך: 1 חודשים

| קוד   | שירותים | בדיקה ראשונית - אינטייק |
|-------|---------|-------------------------|
| 74101 |         |                         |

סיכום ביקור

| סטטוס                                   | סיווג חשיבות |
|-----------------------------------------|--------------|
| נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משיך המטופל | רגילה        |

## פרטי עדכון

תאריך עדכון: 09/07/2020  
 עודכן ע"י: ד"ר אלכס קליין  
 קוד מרפאה: 3032  
 שם מרפאה: מרפאת נמר  
 מס רשיון: 4737  
 מקצוע המעדכן: פסיכיאטריה



שימוש פנימי

071/01/071/01/01

קוד מחוז: 02

05/07/2020 תאריך

**הפניה למכון שמיעה**

|                   |               |        |     |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |     |              |              |
| גלבווע ירדן       | 00-02176855-1 | 36.10  | ז   | 11/09/1983   | דורון        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה       | שם האב       |
| תל אביב - י       | בארי          | 2      |     | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

**מספר הפניה ישירה: 33288188630**

גורם שולח  
3288

מספר הפניה  
033288188630

תז נבדק  
21768551

רשיון רופא  
029396

| שירות | קוד   | קוד   | תיאור רפואי       | שירות |
|-------|-------|-------|-------------------|-------|
| רפואי | 75007 | קוד   | בדיקת שמיעה מקיפה | רפואי |
| 75007 |       | 92557 |                   |       |

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון | אבחנה    |
|------|--------|----------|
| 3883 | Bil.   | TINNITUS |

תלונות לפני כחודש תאונת דרכים, כנראה ללא חבלה לראש. שבועיים אחרונים טינטון  
דוץ אולי יותר משמאל  
ללא סחרחורת

ממצאים בבדיקה אוזניים תקינות

ד"ר גדעון משה שטיין  
שם הרופא  
29396  
מספר רשיון  
חותמה 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

## Department of Clinical Neurophysiology

### EMG Mammograph LTD

Dr. Kaplan

Phone: 03-9347891 Fax:03-9315658

Name ..... yarden gilboa  
ID ..... 21768551  
Sex ..... Male  
Age ..... 36  
Techn. ....  
Physician .....  
Diagnosis .....

Height ..... 170  
Birth date ..... 11/09/83  
Report date ..... 26/08/20  
Invest. date ..... 26/08/20  
Invest. nr ..... 00123653

**Conclusion : Normal NCS of the upper limbs, including F-waves. No evidence of any neuropathy**

#### MOTOR NERVES:

|                               | Lat SD<br>[ms] | Amp SD<br>[mV] | CV SD<br>[m/s] | Amp% SD<br>[%] | F SD<br>[ms] |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Right Medianus<br>Wrist - apb | 3.0 0.4        | 16.2 1.0       |                |                | 27.4 1.2     |
| Left Medianus<br>Wrist - apb  | 3.0 0.4        | 16.3 1.0       |                |                | 26.5 1.1     |
| Ab Elb - Wrist                | 6.6            | 17.7 1.3       | 66.7 -0.3      | 8 0.7          |              |
| Left Ulnaris<br>Wrist - ADM   | 2.5 -0.6       | 13.5 0.4       |                |                | 26.2 1.2     |
| Be Elb - Wrist                | 5.5            | 11.9 -0.0      | 73.3 0.3       | -12 -1.3       |              |
| Ab Elb - Be Elb               | 6.5            | 12.0 -0.0      | 50.0 -1.3      | 0 -0.1         |              |

#### SENSORY NERVES:

|                                 | Lat SD<br>[ms] | Amp SD<br>[uV] | CV SD<br>[m/s] | Amp% SD<br>[%] |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Right Medianus<br>digII - Wrist | 2.9 0.1        | 47 -0.4        |                |                |
| Left Medianus<br>digII - Wrist  | 3.1 0.6        | 24 -1.5        |                |                |
| Left Ulnaris<br>dig 5 - Wrist   | 2.9 0.8        | 36 -0.2        |                |                |

ד"ר קפלן מרק  
מומחה ברפואה ביוקלינית ושיקום, EMG  
מ.ר. 27752 מ.ר.מ. 18987

תאריך 31/08/2020

סיכום בדיקת שמיעה

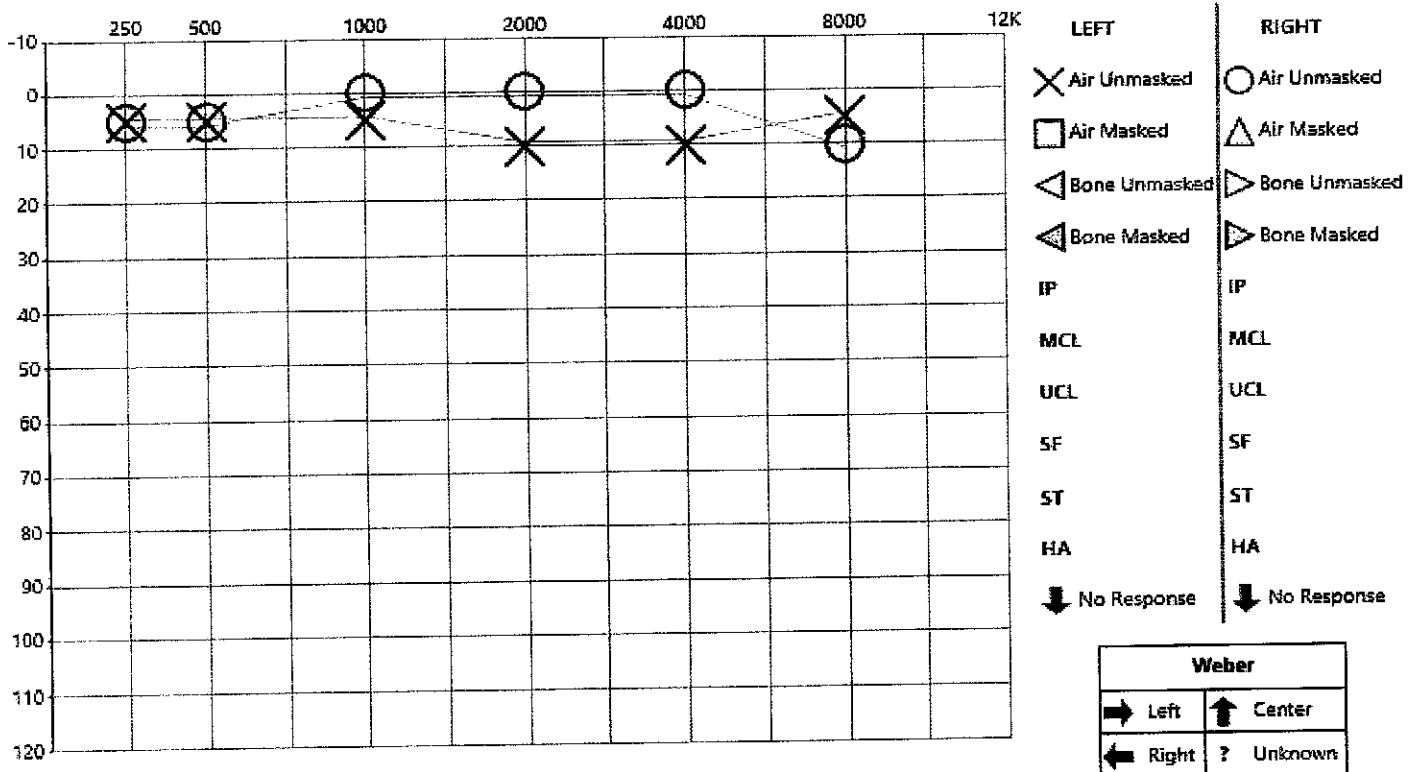
פרטי המטופל

|                   |               |        |     |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------------|
| גלובע ירדן        | 00-02176855-1 | 36.11  | ז   | 11/09/1983   | דורון        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת. לידה      | שם האב       |
| תל אביב -         | בארי          | 2      |     | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

תאריך בדיקה: 31/08/2020

רופא מפנה: ד"ר גדעון משה שטיין  
אודיומטר: AUDIOSTAR PRO

תאריך הפניה: 05/07/2020



Speech Audiometry

| ימין          | Mask | שמאל          | Mask |
|---------------|------|---------------|------|
| SRT           | 5    | SRT           | 5    |
| SRT(mask)     |      | SRT(mask)     |      |
| (%)DISC       | 100% | (%)DISC       | 100% |
| DB            | 40   | DB            | 40   |
| SRT BC        |      | SRT BC        |      |
| SRT BC (mask) |      | SRT BC (mask) |      |
| SRT FF        |      | SRT FF        |      |
| SDT           |      | SDT           |      |
| MCL           |      | MCL           |      |
| UCL           |      | UCL           |      |
| SRT HA        |      | SRT HA        |      |

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

סיכום בדיקת שמיעה

31/08/2020

הדפס ע"י עדי יצחקי

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| רקע                                                          |
| היסטוריה מבוגרים לפני כחודש תאונת דרכים, כנראה ללא חבלה לראש |
| ממצא אוטוסקופי ב.מ.פ                                         |

|                  |
|------------------|
| סיבת ההפניה      |
| טיטון חדלדו צדדי |

|                        |
|------------------------|
| תלונות המטופל/המשפחה   |
| לא סובל מסחרחורת       |
| טנטון דו"צ, יותר משמאל |
| ירידת שמיעה אוזן שמאל  |
| אין כאבים באוזניים     |

|                             |
|-----------------------------|
| תוצאות                      |
| שמיעה דו צדדית בתחום הנורמה |

|                                        |
|----------------------------------------|
| המלצות                                 |
| יש לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג. |
| מעקב שמיעה לפי המלצת רופא א.א.ג.       |


  
**עדי יצחקי**
  
 קליניקת תקשורת
   
 מ"ד 13-126807

3126807
   
 מ.ס. רישיון

קלינאית/ת תקשורת: עדי יצחקי

שם



תאריך 19/10/2020

## סיכום טיפול

|                   |      |               |              |              |              |              |
|-------------------|------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |      | 00-02176855-1 |              | ז            | 11/09/1983   | דורון        |
| שם משפחה ושם פרטי |      | מס זהות       |              | גיל          | ת.לידה       | שם האב       |
| תל אביב -         | בארי | 2 /           | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב | מס בית        | טלפון        | טלפון        | טלפון        | טלפון נוסף   |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 200562249 מספר זיהוי הפניה: 33288190140

תאריך הפניה: 08/07/2020

ת. תאונה: 31/05/2020

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון חופא: 96864

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר (רופא) אורן רוזדיק

מרפאה: מגדל המאה מקצועית

**מקצוע:** אורטופדיה

**אבחנה בהפניה:**

|    |     |        |                      |
|----|-----|--------|----------------------|
| צד | קוד | איפיון | אבחנה                |
|    |     |        | CONTUSION UPPER LIMB |

אבחנה לטיפול:

|                          |       |      |
|--------------------------|-------|------|
| אבחנה                    | קוד   | צד   |
| FRACTURE SCAPHOID CLOSED | 81401 | שמאל |

תאריך תחילת טיפול: 20/07/2020    תאריך סיום טיפול: 19/10/2020

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 10

מס' אי הופעות לטיפול: 3

**רשימת כל הטיפולים:**

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| כמות | טיפול                             |
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 10   | תרגול כללי                        |
| 1    | הערכה מחדש- בדיקה                 |

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

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

## סיכום טיפול

2 n 1 7d

**19/10/2020**

00-02176855-1 הודפס ע"י פיזם יעקב

**גלבוע ירדן**

| דרוג בעת<br>סגירת הסידרה | דרוג בעת<br>פתיחת הסידרה | צד   | איבר       |
|--------------------------|--------------------------|------|------------|
| 7                        | 8                        | שמאל | שורש כף יד |
| 5                        | 5                        | שמאל | ברך        |
| 5                        | 5                        | שמאל | כתף        |

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי הערות להערכת המטפל: עדיין כאבים בש.כ.י בתרגול בעומס גבוהה

הערות: שפור בשאלון DASH. הודרך להמשך תר' עצמי העלאת עומס בהתאם לכאב

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
 19/10/2020  
 05/10/2020  
 21/09/2020  
 07/09/2020  
 24/08/2020  
 17/08/2020  
 10/08/2020  
 06/08/2020  
 27/07/2020  
 20/07/2020

מחזור ת"א-יפו  
 קובי פיזם  
 סגן מנהל  
 חטיבת הרוחניות

פיזם יעקב

שם מטפל



תאריך 19/04/2021

## הפניה כללית - נוסח חופשי

|                   |               |              |              |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | גליוע ירדן   |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל          | ז            |
| תל אביב - בארי    | 00-02176855-1 | 37.07        | 11/09/1983   |
| רחוב              | מס בית        | מין          | ת. לידה      |
| 52                | 2             | 52           | 8404025      |
| טלפון             | טלפון         | טלפון        | טלפון        |
| 52 - 8404025      | 52 - 8404025  | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288290178

תז נבדק



21768551

מספר רשיון



028197

## לכבוד: מרפאת כף יד בית חולים איכילוב

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון    | אבחנה                |
|------|----------|----------------------|
| 9249 | It wrist | CONTUSION            |
|      |          | avulsion #           |
| 923  |          | CONTUSION UPPER LIMB |

תלונות ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל

והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראל  
המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ו לרכוש סד לשורש כף יד  
08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורטופדית איכילוב.  
סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיום, קובע בגבס במשך כ 5  
שבועות.

כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP.  
ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל.  
כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.

בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמשצ+עמש גבי+  
מותני, רגישות SIJ שמאל. שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל,  
טווחים 80-50, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת  
הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טין ל קוביטלי חיובי שמאל  
כמנל בגובה תעלה קרפליית, דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית ליד  
נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר. ברך שמאל ללא תפליט,  
ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה.

27/07/2020

10/08/2020

CT ע,ש מותני תשובה לא תקינה בעיון בצילומים ספונדילולסטזיס L4-5  
דרגה +1

המלצה שחייה

12/01/2021

דף 1 מ 2

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

פניה כללית - נוסח חופשי

00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי 19/04/2021

גליוע ירדן

חש זרמים ביד שמאל

+כאב

19/04/2021

מרגיש זרמים מגובה מרפק ולאורך אמה במיוחד בזמן עבודה עבר בדיקת  
EMG ידיים ללא ממצא

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/01/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/08/2020

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/07/2020

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/07/2020

ההפניות שהופקו ב 06/07/2020

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - אשור לרכישת סד לשורש כף י

08/07/2020

פיזיותרפיה

ריפוי בעיסוק

EMG וביקורת

הקפדה על יישור מרפק ככל שניתן

ההפניות שהופקו ב 08/07/2020

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי -

56016-אלקטרומיוגרפיה EMG , טופס הפניה כללי - 81001-ריפוי בעיסוק

אבחון

27/07/2020

ההפניות שהופקו ב 27/07/2020

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו

10/08/2020

12/01/2021

ההפניות שהופקו ב 12/01/2021

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי -

19/04/2021

תרופות קבועות

| ב.ב. | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופה                          |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| יום  | 1     | טבליות  | 1    | MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG      |
| יום  | 1     | כמוסות  | 1    | RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  |
| יום  | 1     | טבליות  | 1    | CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG |
| יום  | 1     | טבליות  | 1    | RITALIN 20MG SR TAB 20MG       |

מטרת ההפניה: כאב לאחר תאונה

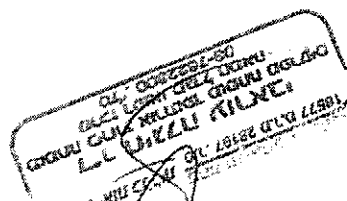
ד"ר (רופא) עראבי חגלי

שם הרופא

28197

מספר רשיון

מתימה וחזרת הרופא



דף 2 מ 2

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

פניה כללית - נוסח חופשי

19/04/2021 00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

ליבוע ירדן

תאריך: 19/04/2021

## הפניה לדימות

| פרטי המטופל       |         |       |              |              | גלבוש ירדן |
|-------------------|---------|-------|--------------|--------------|------------|
| 00-02176855-1     | 37.07   | ז     | 11/09/1983   | דורון        |            |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל   | ת. לידה      | שם האב       |            |
| תל אביב - ישוב    | בארי    | 2     | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |            |
| רחוב              | מס בית  | טלפון | טלפון נוסף   |              |            |

מספר הפניה ישירה: 33288290176

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288290176

תז נבדק



21768551

רשיון רופא



028197

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 ואת 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

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה צוארי | 10304010    |

המטופל מתלונן על ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראלן המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ולרכוש סד לשורש כף יד 08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורתופדית איכילוב. סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיום, קובע בגבס במשך כ 5 שבועות.

כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP. ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל. כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.

בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמש"צ+עמש גבי+ מותני, רגישות SIJ שמאל, שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל, טווחים 50-80, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טיג ל קוביטלי חיובי שמאל כמנל בגובה תעלה קרפלית, דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית ליד נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר. ברך שמאל ללא תפליט, ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה. 27/07/2020

דף 1 מ 2

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

הפניה לדימות

19/04/2021

הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

00-02176855-1

גלבוש ירדן

10/08/2020  
 CT עש מותני תשובה לא תקינה בעיון בצילומים ספונדילוסטזיס L4-5  
 דרגה +1  
 המלצה שחייה  
 12/01/2021  
 חש זרמים ביד שמאל  
 +כאב  
 19/04/2021  
 מרגיש זרמים מגובה מרפק ולאורך אמה במיוחד בזמן עבודה עבר בדיקת  
 EMG ידיים ללא ממצא

#### אבחנה משוערת

| אבחנה                | איפיון   | קוד  |
|----------------------|----------|------|
| CONTUSION            | it wrist | 9249 |
| avulsion #           |          |      |
| CONTUSION UPPER LIMB |          | 923  |

#### דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/01/2021  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/08/2020  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/07/2020  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/07/2020  
 ההפניות שהופקו ב 06/07/2020  
 טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - אשור לרכישת סד לשורש כף '   
 08/07/2020  
 פיזיותרפיה  
 רפוי בעיסוק  
 EMG וביקורת  
 הקפדה על יישור מרפק ככל שניתן  
 ההפניות שהופקו ב 08/07/2020  
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי -  
 56016-אלקטרומויגרפיה EMG , טופס הפניה כללי - 81001-רפוי בעיסוק  
 אבחון  
 27/07/2020  
 ההפניות שהופקו ב 27/07/2020  
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו  
 10/08/2020  
 12/01/2021  
 ההפניות שהופקו ב 12/01/2021  
 טופס הפניה כללי - נוסח חופשי -  
 19/04/2021



#### הערות: כאב ראש צוואר והרדמות וחולשה יד שמאל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

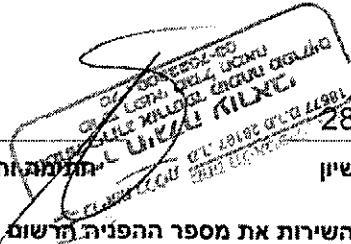
שם הרופא

מספר רשיון

מספר רשיון

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



דף 2 מ 2

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

הפניה לדימות

19/04/2021

הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

00-02176855-1

גלבע ירדן

19/04/2021 תאריך

## הפניה כללית - נוסח חופשי

| פרטי המטופל   |              |        |            |         | גלבוש ירדן        |         |
|---------------|--------------|--------|------------|---------|-------------------|---------|
| 00-02176855-1 | 37.07        | ז      | 11/09/1983 | דורון   | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות |
| שם האב        | ת. לידה      | מין    | גיל        | מס זהות | שם האב            | שם האב  |
| 52 - 8404025  | 52 - 8404025 | 2      | 2          | בארי    | תל אביב -         | ישוב    |
| טלפון נוסף    | טלפון        | מס בית | רחוב       | רחוב    | רחוב              | רחוב    |

גורם שולח



3288

מספר הפניה



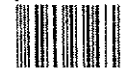
033288290180

תז נבדק



21768551

מספר רשיון



028197

## לכבוד: מרפאת כאב

אבחנה משוערת

| אבחנה                | אפיון    | קוד  |
|----------------------|----------|------|
| CONTUSION            | It wrist | 9249 |
| avulsion #           |          |      |
| CONTUSION UPPER LIMB |          | 923  |

תלומות ב 31/5/2020 היה מעורב בתאונת דרכים אופוע נפגע ביד שמאל טופל

והיה במעקב בבית חולים איכילוב ד"ר בראל  
המליץ על הורדת גבס בעוד מס ימים ולרכוש סד לשורש כף יד  
08/07/2020: היה עד כה במעקב מרפאה אורתופדית איכילוב.  
סבל מחבלת שורש יד שמאל אוסחן שבר טרפזיוס, קובע בגבס במשך כ 5  
שבועות.

כמו כן הושלם US כתף שהדגים לפי הכתוב קרע SSP.  
ממשיך לסבול מכאבים בשורש יד שמאל (גובס עד כה), כאבים בכתף שמאל.  
כמו כן גב תחתון שמאל, ללא שינוי בסוגרים, כמו כן כאב בברך שמאל לסירוגין.

בבדיקה - עמש"צ - טווח תקין ספורלינג תקין, ללא רגישות עמשצ+עמש גבי+  
מותני, רגישות SIJ שמאל. שורש יד שמאל רגישות סביב בסיס האגודל,  
טווחים 80-50, רוטציות תקינות, DRUJ יציב. כתף שמאל רגישות קדמת  
הכתף, כאב בסוף יישור ורוטציה פנימית. טווח מלא, טיניל קוביטלי חיובי שמאל  
כמנל בגובה תעלה קרפליית, דורקן תקין, יציבות אגודל שמאל סימטרית ליד  
נגדית קיימת פתיחה גדולה דו"צ על רקע גמישות יתר. ברך שמאל ללא תפליט,  
ללא רגישות קו סדקים, טווח מלא ויציבות שמורה.

27/07/2020

10/08/2020

CT ע"ש מותני תשובה לא תקינה בעיון בצילומים ספונדילוסטזיס L4-5

דרגה +1

המלצה שחייה

12/01/2021

דף 1 מ 2

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

00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי 19/04/2021

חץ זרמים ביד שמאל

+כאב

19/04/2021

מרגיש זרמים מגובה מרפק ולאורך אמה במיוחד בזמן עבודה עבר בדיקת  
EMG ידיים ללא ממצא

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/01/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/08/2020

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/07/2020

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/07/2020

ההפניות שהופקו ב 06/07/2020

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - אשור לרכישת סד לשורש כף

08/07/2020

פיזיותרפיה

ריפוי בעיסוק

EMG וביקורת

הקפדה על יישור מרפק ככל שניתן

ההפניות שהופקו ב 08/07/2020

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי -

56016-אלקטרומיוגרפיה EMG , טופס הפניה כללי - 81001-ריפוי בעיסוק

אבחון

27/07/2020

ההפניות שהופקו ב 27/07/2020

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו

10/08/2020

12/01/2021

ההפניות שהופקו ב 12/01/2021

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי -

19/04/2021

תרופות קבועות

| תרופה                          | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|--------------------------------|------|---------|-------|------|
| MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG      | 1    | טבליות  | 1     | יום  |
| RITALIN LA 10MG (30) CAP 10MG  | 1    | כמוסות  | 1     | יום  |
| CIRCADIN 2 MG (M) (30) TAB 2MG | 1    | טבליות  | 1     | יום  |
| RITALIN 20MG SR TAB 20MG       | 1    | טבליות  | 1     | יום  |

מטרת ההפניה: טיפול בכאב

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

28197

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

דף 2 מ 2

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

הפניה כללית - נוסח חופשי

19/04/2021 00-02176855-1 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

גלובע ירדן



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס

ד"ר לנה בר אוריין  
פסיכיאטריה  
129569  
בארי 27 תל אביב  
03-7256804  
03-7256801

מרחוק: תל אביב מרחוק: בארי - תל אביב

תאריך 16/06/2021

### סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |               |        |            |              |              |
|-------------------|---------------|--------|------------|--------------|--------------|
| גלבוש ירדן        | 00-02176855-1 | 37.09  | 11/09/1983 | דורון        |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין        | ת. לידה      | שם האב       |
| תל אביב -         | בארי          | 2      |            | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |            | טלפון        | טלפון נוסף   |

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/06/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

### אבחנות פסיכיאטריות פעילות

| קוד  | אפיפון | אבחנה                                           |
|------|--------|-------------------------------------------------|
| 7813 |        | SHORT PR - SYNDROME (LGL?)                      |
| 7384 | L5     | ATTENTION DEFICIT DISORDER<br>SPONDYLOLISTHESIS |

### אבחנות בביקור

| ת. גילוי | אפיפון | אבחנה                                 |
|----------|--------|---------------------------------------|
| 30981    |        | POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD |

### סיכום ודיון:

בן 37, רווק בזוגיות, מתגורר במרכז תל אביב, מעצב גרפי במקצועו. במאי 2020 עבר תאונת דרכים עם אופנוע, נפצע עם חבלות אורתופדיות קלות, ללא סיפור של חבלת ראש או אובדן הכרה מעבר למספר שניות הראשונות אחרי הפגיעה. מאז מתאר דרכות, תגובת תבהלה, זכרונות חודרניים מהאירוע, קשיי הרדמות, יקיצות משינה בבהלה, תחושות של חוסר אונים, מחשבות של אשמה לגבי התאונה והעובדה שבת הזוג הייתה איתו על האופנוע. יש המנעות מנהיגה על אופנוע מאז התאונה, ודרכות לא אופייניות על הכביש, לפעמים נוסע על קורקינט מתוך הכרח, מלונה במתח רב. ללא מצ"ר ירוד קונסיסטנטית או אנהדוניה, ללא פגיעה בתיאבון. ברקע אפידוריה בודדת דמונית ככה"נ הסתגלונית בעקבות פרידה מבת זוג "אהבה נכזבת", אז פנה לטיפול פסיכולוגי שעזר מאד. מעולם לא קיבל טיפול תרופתי פסיכיאטרי, באופן כללי מנסה להמנע מטיפולים תרופתיים לא טבעיים. בתולדות החיים סיים 12 שני"ל עם בגרות, שירות צבאי מלא בתור לוחם במגלן, עם חשיפה לאירועי לחימה אך ללא חוויות טראומטיות מהשירות. ללא בעיות משמעת או פניות לקב"ן במהלך השירות. בבדיקתו הופעה מסודרת, נינוח, משתף פעולה באופן מלא ויוצר קשר נעים. האפקט

סיכום ביקור  
גלבוש ירדן  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1  
16/06/2021  
הודפס ע"י ד"ר לנה בר אוריין  
00-02176855-1

ד"ר לנה בר אוריין  
פסיכיאטריה  
129569  
בארי 27, תל אביב  
03-7256804  
03-7256801

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס

מרפאה: בארי - תל אביב מחוז: תל אביב

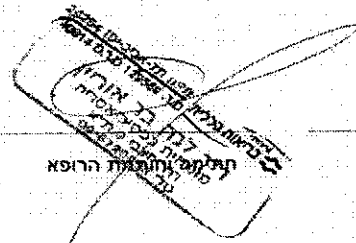
תאריך: 16/06/2021

אאוטימי, מלא, מתגונן ותואם. מהלך החשיבה תקין. בתוכן תאור התסמינים כמפורט לעיל, ללא תכנים דלזיוניים וללא מחשבות אבדניות. ללא עדות להפרעות בתפיסה. בוחן המצאות, שיפוט ותובנה תקינים.  
לסיכום - בן 37 ללא רקע פסיכיאטרי, לפני כשנה עבר תאונת אופנוע. מאז תסמינים של חודרנות, המנעות, עוררות יתר, השפעה על הקוגניציה והאפקט. בבדיקתו תמונה של PTSD.  
ללא רכיב פסיכוטי וללא עדות למצב אפקטיבי מגורר או למסוכנות כלשהי.  
מעוניין בהתערבות פסיכותרפוטית מכוונת טראומה. אינו מעוניין בטיפול תרופתי. נוטל תוספי תזונה שעוזרים לו לשינה.  
תכנית:  
- המשך מעקב במרפאת רמת חן, תור נקבע אליי לעוד חודשיים.  
- הפניה להערכה בשאלת התאמה לטיפול PE

בברכה,

ד"ר לנה בר אוריין

129569



מספר רשיון

שם הרופא



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



רפואה חובילה ואנושית  
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי  
מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

## סיכום ביקור רפואי

|                           |                                      |                |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------|
| שם יחידה: מרפאה אורתופדית | מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067 | אח/ות אחראי/ת: |
| טלפון: 03-6974000         | פקס:                                 | דוא"ל:         |

|                        |                    |                                        |
|------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: גלבוע        | שם פרטי: ירדן      | ת.ז.: 21768551                         |
| תאריך לידה: 11/09/1983 | גיל: 38            | טלפון: 052-8404025                     |
| מין: זכר               | מבוטח בקופה: כללית | כתובת: בארי 47 תל אביב-<br>יפו 6423313 |

נתוני ביקור - תאריך: 10/01/2022 שעה: 10:59 מספר ביקור: 41020493

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודין

בן 36

ב 31/5/20 היה מעורב בת.ד כרוכב קטנוע  
פגיעת שרש יד שמאל שנחשדה לשבר סקפואיד וגובס  
ביצע אתמול צילום בקופ"ח של שרש היד בגבס <  
לא מלמד

עדיין מלין על כאביו בשרש היד, מרפק וכתף  
ממליץ משככי כאב

ביקורת עוד שבוע להסרת גבס וצילומים מכוונים  
של הכתף עד הביקורת US לבצע בדיקת

ח מחלה 3 שבועות מהתאונה

17/6/20 עדיין מלין על כאב ביד המגובסת

בצילום אין לראות שבר

בסיטי סקפואיד אינו מזהה קו שבר. יש רושם לשבר תלישה בטרפזיום  
ימשיך קיבוע בגבס עוד שבועיים. לברר פענוח רדיולוגי סיטי

ביצע גם US שמאל. הודגם קרע מזער, חלקי בגיד הכתף SSP. השאר תקין  
נוגדי כאב המשך ח' מחלה עוד 3 שבועות

1/7/20 עדיין בגבס. בסיטי שביצע, לפי פענוח, קו שבר ללא תזוזה בטרפזיום וגם שבר תלישה בשוליו  
ביקורת עוד שבוע להסרת הגבס וצילום

להגיע עם תומך שרש יד

8/7/20 הגבס הוסר

צילום- לא מדגים את השבר

יתחיל הפעלה עצמית. ממליץ להפנותו לפיזיותרפיה. שימוש בתומך שרש יד לסירוגין (בעת מאמץ מנואלי)

מתלונן על זרמים בשתי האמות, להשלים ביקת EMG + NCT בקופ"ח והמשך מעקב בקהילה  
ח מחלה מיום התאונה ועד 20/7/20

10.1.22

רקע כמפורט

עבר EMG כפי שהומלץ ממרפאת טראומה - אין עמו פענוח  
היה במרפאת כאב במוסדנו

פנה למרפאתנו בשל המשך כאב, לסירוגין

כאב\זרם מכף היד בעיקר אספקט אולנרי ועד למרפק, ללא קשר לתנוחה או מאמץ.

בבדיקה ללא נפיחות או דפורמציה, רגישות גרמית דורסלית שורש יד מידקרפל, מבחני סקפואיד שליליים.

טווח תנועה מלא שורש יד ומרפק, כח תקין

טינל שלילי על תעלה קוביטלית\תעלה קרפלית וגויון.

FLEXION ELBOW TEST שלילי

בנוסף מציין כאב אצבע 5 ימין ללא קשר לחבלה, ללא חבלה או תנועה חריגה

ללא תפיסת האצבע

בבדיקה - רגישות קלה מעל ראש מסרק 5 אספקט וולרי \ A1

טווח תנועה מלא.

צילום - ללא ממצא גרמי חריף

ממליץ לבצע CT חוזר שורש יד שמאל

EMG חוזר במידה ועברה שנה מהבדיקה הקודמת

ביקורת מרפאתנו בעוד 3 חודשים עם תוצאות הבדיקה

**הפניה לניתוח**

מופנה לניתוח: לא



חתימה: \_\_\_\_\_

נחתם ע"י: דר' פקטור שי מ.ר. 1134084

נספח 3 :

תעודות מחלה

(עמודים 59 עד 62)



ד"ר יוסף קליינמן  
כירורגיה וטראומטולוגיה  
14403  
אבן גבירול, 124  
03-7622300  
03-7622304

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס

מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

02/06/2020 תאריך

### אישור מחלה

| פרטי המטופל       |         |        |       |              |              |
|-------------------|---------|--------|-------|--------------|--------------|
| גלבוש ירדן        |         |        |       |              |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | ז     | 11/09/1983   | דורון        |
| שם האב            | מס זהות | גיל    | מין   | ת. לידה      | שם האב       |
| תל אביב - י       | בארי    | 2      | 2     | 52 - 8404025 | 52 - 8404025 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון | טלפון        | טלפון נוסף   |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/06/2020 עד תאריך 08/06/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 8

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר יוסף קליינמן

14403

שם הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

02/06/2020

הודפס ע"י ד"ר יוסף קליינמן

00-02176855-1

גלבוש ירדן

06/07/2020 תאריך

אישור מחלה

| פרטי המטופל       |               |        |       |            |            |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|------------|
| גלבוע ירדן        | 00-02176855-1 | 36.10  | ז     | 11/09/1983 | דורון      |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת. לידה    | שם האב     |
| תל אביב - י       | 2             | 2      | 52    | 52         | 52         |
| בארי              | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/07/2020 עד תאריך 21/07/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 21

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון 28197  
ד"ר (רופא) עראבי חגלי

מספר רשיון

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

06/07/2020 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי 00-02176855-1

גלבוע ירדן

27/07/2020 תאריך

**אישור מחלה**

פרטי המטופל

|                   |               |       |            |              |
|-------------------|---------------|-------|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | 00-02176855-1 | 36.10 | 11/09/1983 | דורון        |
| גלבווע ירדן       | מס זהות       | גיל   | ת. לידה    | שם האב       |
| תל אביב - בארי    | 2             | 52    | 8404025    | 52 - 8404025 |
| ישוב              | מס בית        | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 21/07/2020 עד תאריך 10/08/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 21

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית\*\*

28197

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

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

27/07/2020 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי 00-02176855-1

אישור מחלה

גלבווע ירדן

10/08/2020 תאריך

**אישור מחלה**

|                   |               |             |            |
|-------------------|---------------|-------------|------------|
| פרטי המטופל       |               | גלובוס ירדן |            |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל         | ת. לידה    |
| תל אביב - בארי    | 00-02176855-1 | 36.11       | 11/09/1983 |
| רחוב              | מס בית        | מין         | דיון       |
| רחוב              | 2             | ז           | שם האב     |
| רחוב              | מס בית        | טלפון       | טלפון נוסף |
| רחוב              | מס בית        | טלפון       | טלפון נוסף |
| רחוב              | מס בית        | טלפון       | טלפון נוסף |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה לזכרה

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

|        |       |        |                                               |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ לראות מומחה בתאריך 11/08/2020 ועד תאריך 30/08/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 20

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית\*\*

28497

ד"ר (חופא) עראבי חגלי

חתימה וחומת הרופא

שם הרופא

אנו מציינים כי חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להגחיות הכלליות

דף 1 מ 1

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

10/08/2020 הודפס ע"י ד"ר (חופא) עראבי חגלי 00-02176855-1

נספח 4 :

תעודות רפואיות - התובעת 2

(עמודים 64 עד 99)



תאריך ושעת ההדפסה: 05:25 01/06/2020

חסי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

## שחרור רפואי

|                               |                                             |                    |
|-------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|
| שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה | מנהלת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס<br>מ.ר. 16786 | אח/ות אחראית:<br>: |
| טלפון: 03-6973232             | פקס: 03-6973652                             | דוא"ל:             |

|                        |                  |                             |
|------------------------|------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: נאורזבייבה   | שם פרטי: איגרים  | ת.ז.: Z4411536              |
| תאריך לידה: 17/03/1987 | גיל: 33          | טלפון: 058-6840402          |
| מין: נקבה              | גורם מממן: כללית | כתובת: בארי 7/2 תל אביב-יפו |

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 31/05/2020 22:12 מספר מקרה: 12163979

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



## אבחנות במיון

- ACCIDENT – MOTOR VEHICLE (E819.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מדדים

|                  |      |          |      |                   |
|------------------|------|----------|------|-------------------|
| תאריך ושעה       | חום  | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר חדר |
| 22:24 31/05/2020 |      | 121 / 78 | 95   | 100               |
| 22:15 31/05/2020 | 37.2 |          |      |                   |

בדיקת שתן

|                  |           |
|------------------|-----------|
| תאריך ושעה       | שתן כללית |
| 23:51 31/05/2020 | בוצע      |

מוניטור

|                  |          |      |
|------------------|----------|------|
| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק |
| 22:24 31/05/2020 | 121 / 78 | 95   |

מדדים סדציה

|                  |      |          |      |                   |
|------------------|------|----------|------|-------------------|
| תאריך ושעה       | חום  | לחץ דם   | דופק | סטורציה באויר חדר |
| 22:24 31/05/2020 |      | 121 / 78 | 95   | 100               |
| 22:15 31/05/2020 | 37.2 |          |      |                   |

מדדים חיוניים

|            |        |      |
|------------|--------|------|
| תאריך ושעה | לחץ דם | דופק |
|------------|--------|------|

**סיכום**

בת 33,

בריאה בדל"כ

לא מטלת תרופות

לא ידוע על אלרגיות

הגיע בליווי מד"א לאחר שהייתה מעורבת בתאונת דרכים כרוכבת קטנוע כנסעת. ללא אובדן הכרה, חבשה קסדה, שוללת חבלת ראש לדבריה נפלה ונחבלה בעכוז וגב תחתון, שוללת חבלת חזה או בטן. זוכרת את הנפילה והאירועים שקדמו לה. כעת שוללת כאבי ראש בחילות או הקאות, ללא קוצר נשימה. מציינת כאב עכוז וגב תחתון תחושת שריפה ללא הרגשת זרמים

מדדים חיוניים תקינים בהגעתה

בבדיקתה,

בבדיקה הנירולוגית, כוח גס ותחושה שמורה בארבע גפיים,

עצבים קרניאלים תקינים אישונים שווים ומגיבים לאור

ללא רגישות עמ"ש צווארי, ללא כאבי בתנועת צוואר.

ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו,

כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא רגישות על פני בית החזה

בטן רכה לא רגישה.

אגן יציב

רגישות פאראורטברלית באזור חוליות לומבריות, ובעצמות אגן פוסטריות

הולכת על רגליה

במהלך שהותה במיון בוצעו צילומים ונבדקה ע"י אורתופד -

נושאת משקל במתנה תקין עומדת על כל רגל עם נשיאת משקל עם כיפוף

עומדת על עקבים ואצבעות

עמש ללא סימני המטומה או חבלה

רגישות פאראורטברלית משמאל

כוח גס 5/5 גפיים תחתונות דו

שמורה סנסורית לפי ASIA L2-S1

החזרים פטלרים שווים קלונס בבינסקי שלילי

בצילום ללא עדות לממצא גרמי חריף

ללא צורך בהמשך טיפול במיון האורתופדי

בבדיקת שתן ללא המטוריה

בעת שחרורה, חשה בטוב, מציינת שיפור בסחרחורות, כאב ראש עם הטבה בזמן ההשגחה

משתחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

**המלצות כלליות**

#מעקב רופא/ה מטפל/ת - יש לפנות עם מכתב זה

#משככי כאבים לפי צורך

#בכל מקרה של החמרה כגון, כאבי ראש חזקים, הקאות מרובות או שינוי מצב הכרה נא לפנות לקבלת טיפול רפואי

חופשת מחלה: 5 ימים.

**הדרכה סיעודית בשחרור**

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

**חתימת אחות משחררת**

|          |       |           |
|----------|-------|-----------|
| שם החותם | תפקיד | זמן חתימה |
|----------|-------|-----------|

### טופס הזמנה לרנטגן מיון

מתאריך: 31/05/20 שעה: 23:02

נתונים דמוגרפיים

שם : נאורזבייבה איגרים ת.ז. : Z4411536 מקרה : 0012163979 גיל : Y33 מין : נקבה

פרטי ההזמנה

יחידה רפואית מזמינה : מחלקה לרפואה דחופה

יחידה סיעודית מזמינה : מלרד

טלפון ביחידה המזמינה : 3686

מספר הזמנה : 30657314

תאריך רצוי : שעה רצויה : : עדיפות : ללא עדיפות ד.זיהום :

נתוני הזמנה

תולדות מחלה : בת 30 רוכבת קטנוע, נפלה ונחבלה בעכוז וזאגן

רשימת שאלות : שבר? אחר?

אבחנה :

היריון : לא ידוע

סוג שינוע :

מאפיינים מיוחדים :

שירותים מוזמנים

| שירות   | תיאור שירות           | טקסט משלים | לוקליזציה        | כמות | צום |
|---------|-----------------------|------------|------------------|------|-----|
| ME10154 | צילום עמוד שדרה מותני |            | ללא<br>לוקליזציה | 1    |     |
| ME10155 | צילום עצם העצה והזנב  |            | ללא<br>לוקליזציה | 1    |     |
| ME10181 | צילום עצמות האגן      |            | ללא<br>לוקליזציה | 1    |     |

רופא מזמין : לי.ואן מיל

מ.ר.ר. : 0

חתימה

02/06/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.02       | ג     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |
| רחוב              |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |

01/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33288175581

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288175581

תז בבדק



077201019609

מספר רשיון



014403

לכבוד: אורטופד ביורולוג

שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי         | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|---------------------|-----------|-----------|
| 70017       | בדיקת רופא אורתופד  | 70017     | L9249     |
| 70023       | בדיקת חופש ביורולוג | 70023     | L9270     |



הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות 02/06/2020 ת.ד. בהיותה רוכבת קטנוע בבדיקה מיון איכילוב בבדיקה תקינה צילום עש מותני סקראלי ללא ממצא גרמי

ממצאים בבדיקה 02/06/2020 טווח עש מותני שמור ללא חוסר ביורולוגי חופש 1-6.6.20 המשך מעקב אורטופד הערכה ביורולוגית עקב כאב ראש

אבחנה משוערת

| אבחנה     | איפיון | קוד  |
|-----------|--------|------|
| INJURIES  | RA     | U80  |
| CONTUSION |        | 9249 |

ד"ר יוסף קליינמן

14403

שם הרופא

מספר רשיון

~~מספר רשיון 14403~~  
~~שם הרופא ד"ר יוסף קליינמן~~  
~~מספר רשיון 14403~~  
~~שם הרופא ד"ר יוסף קליינמן~~

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



02/06/2020 תאריך

**סיכום ביקור**

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.02       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | 47 / 2  | מס בית        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |
| ישוב              | רחוב                 | מס בית  | מס בית        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |

01/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 02/06/2020  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: 02/06/2020 ת.ד. בהיותה רוכבת קטנוע נבדקה מיון איכילוב בדיקה תקינה  
צילום עש מותני סקראלי ללא ממצא גרמי

נושא הבדיקה: כירורגיה  
בדיקה גופנית: 02/06/2020 טווח עש מותני שמור ללא חוסר ניורולוגי  
חופש 1-6.20  
המשך מעקב אורטופד  
הערכה ניורולוגית עקב כאב ראש

|      |        |           |
|------|--------|-----------|
| קוד  | איפיון | אבחנה     |
| U80  | RA     | INJURIES  |
| 9249 |        | CONTUSION |

|                    |                          |     |          |       |
|--------------------|--------------------------|-----|----------|-------|
| הפניות             | פרטי ההפניה              | קוד | התחייבות | סטטוס |
| הפניה לרפואה יועצת | 70017-בדיקת רופא אורתופד | H1  |          | הודפס |

|            |       |     |            |            |       |
|------------|-------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | אישור | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|            |       | 11  | 01/06/2020 | 06/06/2020 | הודפס |

בברכה,

שם הרופא  
מס' רשיון  
ד"ר יוסף קליינמן  
14403  
חתימה וחותמת הרופא

02/06/2020 תאריך

## הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.02       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |

01/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33288175581

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288175581

תז נבדק



077201019609

מספר רשיון



014403

לכבוד: אורטופד ניורולוג

## שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי         | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|---------------------|-----------|-----------|
| 70017       | בדיקת רופא אורטופד  | 70017     | L9249     |
| 70023       | בדיקת רופא ניורולוג | 70023     | L9270     |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות 02/06/2020 ת.ד בהיותה רוכבת קטנוע נבדקה מיון איכילוב בדיקה תקינה צילום עש מותני סקראלי ללא ממצא גרמי

ממצאים בבדיקה 02/06/2020 טווח עש מותני שמור ללא חוסר ניורולוגי חופש 1-6.6.20 המשך מעקב אורטופד הערכה ניורולוגית עקב כאב ראש

## אבחנה משוערת

| אבחנה     | איפיון | קוד  |
|-----------|--------|------|
| INJURIES  | RA     | U80  |
| CONTUSION |        | 9249 |

14403  
ד"ר יוסף קליינמן  
רופא כללי  
מחלקת פנימי  
מרכז רפואי  
מספר רשיון  
14403

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



02/06/2020 תאריך

**אישור מחלה**

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.02       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |

01/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

|        |       |       |                                               |
|--------|-------|-------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | אפיין | אבחנה                                         |
|        | 79989 |       | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/06/2020 עד תאריך 06/06/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 6

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|          |                  |            |       |                    |                   |
|----------|------------------|------------|-------|--------------------|-------------------|
| שם הרופא | ד"ר יוסף קליינמן | מספר רשיון | 14403 | חתימה וחותמת הרופא | **נחתם דיגיטלית** |
|----------|------------------|------------|-------|--------------------|-------------------|

↑

חתימה דיגיטלית

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

04/06/2020 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

|            |          |       |               |                      |
|------------|----------|-------|---------------|----------------------|
| 17/03/1989 | נ        | 31.02 | 77-20101960-9 | NAURAZBAYEVA AIGERIM |
| שם האב     | ת.לידה   | מין   | גיל           | מס זהות              |
| 58         | -6840402 |       | 47 / 2        |                      |
| טלפון נוסף | טלפון    |       | מס בית        | בארי                 |
|            |          |       | רחוב          | תל אביב - י          |
|            |          |       |               | ישוב                 |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 04/06/2020

תאריך תאונה: 31/05/2020

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: שנתיים בירשאל

ילידת קזחסטאן

ב-31.05.20 הייתה מעורבת בת. דרכים, על פי מכתב שחרור מבית חולים לא נחבלה

בראש ולא אבדה הכרה

לדברי בת זוג לא ברור האם נחבלה בראש

מתלוננת על כאבי ראש

לא עברה CT ראש

בדיקה נירולוגית לפי מכתב שחרור הייתה תקינה

לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי

לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח

בדיקה גופנית: עצבי הגולגולת תקינים, כוח גס שמור בידיים ורגליים, החזרים גידיים ערים ושווים  
בידיים ורגליים, אין סימנים צרבריים, פירמידליים ומינגאליים, פונדוס-אין  
פפילאדמה  
שדה ראייה תקין בבדיקת קונפרונטציה

|                      |        |      |
|----------------------|--------|------|
| אבחנה                | איפיון | קוד  |
| ACCIDENT/INJURY; NOS |        | A80  |
| susp head trauma     |        |      |
| HEADACHE             |        | 7840 |

לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי  
לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח

דיון/תוכנית טיפולית:

19/06/2020 תאריך

הפניה לקביעת תור למיעוד

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.03       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |
| רחוב              |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |

לכבוד משרד המרפאה

אבקש לקבוע תור אלי למיעוד בעוד כ שבועיים

112368

ד"ר (רופא) מאהר סעאדה

חתימה וחותמת הרופא  
 א.מ. יאסר ט. סעאדה  
 05098-1-11111111  
 משרד הבריאות

מספר רשיון

שם הרופא



19/06/2020 תאריך

הפניה למכון שמיעה

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |   |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|---|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.03       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     | . |
| תל אביב - י       | בארי                 | 47 / 2  | מס בית        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |   |

מספר הפניה: 33288182606

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288182606

תז נבדק



077201019609

רשיון רופא



112368

לכבוד: מכון שמיעה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי       | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------|-------------|
| 75007     | 92557     | בדיקת שמיעה מקיפה | 75007       |
| 75053     | 92567     | טימפנומטריה       | 75053       |

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה    |
|------|--------|----------|
| 3883 |        | TINNITUS |

תלונות 31/5/2020 תאונת דרכים כרוכת קטנוע מאז טנטון שאינו פולסטילי ותחושת אטימות באוזן שמאלית. בנוסף לפעמים תיאור של טנטון פולסטילי

ממצאים בבדיקה אוטוסקופיה תקינה דו"צ  
פה ולוע במפ  
רינוסקופיה במפ  
צוואר במפ  
TMJ במפ

חתימה וחותמת הרופא

112368

מספר רשיון

ד"ר (רופא) מאהר סעאדה

שם הרופא

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

7.ה.ר.

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

דף 1 מ 1

19/06/2020 הודפס ע"י ד"ר (רופא) מאהר סעאדה

הפניה לבדיקת שמיעה  
NAURAZBAYEVA AIGERIM

19/06/2020 תאריך

**ס כ ו מ ב י ק ו ר**

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.03       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון |            | טלפון נוסף |  |

**שלום רב,**

תאריך הביקור: 19/06/2020  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 31/5/2020 תאונת דרכים כרוכת קטנוע מאז טנטון שאינו פולסטיילי ותחושת אטימות באוזן שמאלית. בנוסף לפעמים תיאור של טנטון פולסטיילי

בדיקה גופנית: אוטוסקופיה תקינה דו"צ  
פה ולוע במפ  
רינוסקופיה במפ  
צוואר במפ  
TMJ במפ



אבחנה בביקור

| קוד  | איפיון | אבחנה    |
|------|--------|----------|
| 3883 |        | TINNITUS |

דיון/תוכנית טיפולית: - ביקורת עוד כשבועיים - נשקול CT ANGIO במידה וטנטון שאינו פולסטיילי לא חולף  
- בדיקת שמיעה

מופנה לביצוע

| הפניות                         | פרטי ההפניה             | קוד  | התחייבות | סטטוס |
|--------------------------------|-------------------------|------|----------|-------|
| הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור | 75007-בדיקת שמיעה מקיפה | H119 |          | הודפס |

**בברכה,**

שם הרופא  
מספר רשיון  
ד"ר (רופא) מאהר סעאדה  
112368  
חתימה וחותמת הרופא

א.א.ג. מאהר סעאדה  
מספר רשיון 112368  
חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

02/06/2020 תאריך

**הפניה לפיזיותרפיה**  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| פרטי המטופל       |                      |
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM |
| מס זהות           | 77-20101960-9        |
| גיל               | 31.02                |
| מין               | נ                    |
| ת.לידה            | 17/03/1989           |
| שם האב            |                      |
| תל אביב - י       | בארי                 |
| רחוב              |                      |
| מס בית            | 47 / 2               |
| טלפון             | 58 -6840402          |
| טלפון נוסף        |                      |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

מספר הפניה: 33288175622  
רשיון רופא 017801  
תז נבדק 077201019609  
מספר הפניה 033288175622  
גורם שולח 3288

**לכבוד: פיזיותרפיה**

| שירות שנבחר | קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                        | שירות רפואי |
|-------------|-----------|-----------|------------------------------------|-------------|
| פיזיותרפיה  | 80015     | 97001     | אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

ROAD ACCIDENT

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה הייתה מעורבות בתד.

ממצאים קליניים  
נבדקה וצולמה בבח איכילוב  
רגישות באזור L3-4-5-S1  
תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין  
דפקים פריפרים תקינים  
הופנתה לפיזיותרפיה

מטרת הבדיקה: שיחורור שרירי גב ל אורכו

חתימה וחומת הרופא

17801

מספר רשיון

ד"ר משה בנאין

שם הרופא

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

7 ה.ה.ר

דף 1 מ 1

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

77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר משה בנאין

הפניה לפיזיותרפיה  
NAURAZBAYEVA AIGERIM

02/06/2020 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

|                   |                      |         |               |       |             |       |            |            |  |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|-------|-------------|-------|------------|------------|--|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 31.02       | נ     | 17/03/1989 | שם האב     |  |
| תל אביב - י       | בארי                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 | טלפון | 58         | טלפון נוסף |  |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 02/06/2020

תאריך תאונה: 31/05/2020

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: הייתה מעורבת בתד,

בדיקה גופנית: נבדקה וצולמה בבח איכילוב  
רגישות באזור L3-4-5-S1  
תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין  
דפקים פריפרים תקינים  
הופנתה לפיזיותרפיה

|      |       |               |
|------|-------|---------------|
| קוד  | אפיין | אבחנה         |
| E813 |       | ROAD ACCIDENT |
| 9249 |       | CONTUSION     |

|                   |                           |     |          |       |
|-------------------|---------------------------|-----|----------|-------|
| הפניות            | פרטי ההפניה               | קוד | התחייבות | סטטוס |
| הפניה לפיזיותרפיה | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב | H9  |          | הודפס |

בברכה,

ד"ר משה בנאין 17801

חתימה וחוקמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

10/07/2020 תאריך

**ס כ ו מ ב י ק ו ר**

פרטי המטופל

| שם משפחה ושם פרטי    | מס זהות       | גיל    | נ   | 17/03/1989  | שם האב     |
|----------------------|---------------|--------|-----|-------------|------------|
| NAURAZBAYEVA AIGERIM | 77-20101960-9 | 31.04  | נ   | ת.לידה      | שם האב     |
| תל אביב - י          | בארי          | 47 / 2 | מין | 58 -6840402 | טלפון נוסף |
| ישוב                 | רחוב          | מס בית |     | טלפון       |            |

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/07/2020  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/06/2020  
31/5/2020 תאונת דרכים כרוכת קטנוע מאז טנטון שאינו פולסטילי ותחושת  
אטימות באוזן שמאלית. בנוסף לפעמים תיאור של טנטון פולסטילי  
10/07/2020  
בדיקת שמיעה תקינה לגמרי.  
מצינת שיפור ניכר בטנטון. כבר לא פולסטילי. מעט טנטון בזמן שקע מונוטוני.

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 19/06/2020  
אוטוסקופיה תקינה דו"צ  
פה ולוע במפ  
רינוסקופיה במפ  
צוואר במפ  
TMJ במפ  
10/07/2020  
אוזניים- תעלות תקינות תופיות מאווררות דו"צ  
צוואר במפ  
פה ולוע במפ  
TMJ במפ

**אבחנה בביקור**

| קוד  | אבחנה    | איפיון |
|------|----------|--------|
| 3883 | TINNITUS |        |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 19/06/2020  
- ביקורת עוד כשבועיים - נשקול CT ANGIO במידה וטנטון שאינו פולסטילי לא  
חולף  
- בדיקת שמיעה  
ההפניות שהופקו ב 19/06/2020  
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור - 75007-בדיקת שמיעה מקיפה , הפניה  
לקביעת תור למיעוד - הופנה למיעוד בעוד כשבועיים  
10/07/2020  
הסבר על טנטון ועל דרכי התמודדות

בברכה,

ד"ר (רופא) מאהר סעאדה

שם הרופא

112368

מספר רשיון

חתימה וחוקמת הרופא



תאריך: 30/06/2020

**סיכום בדיקת שמיעה**

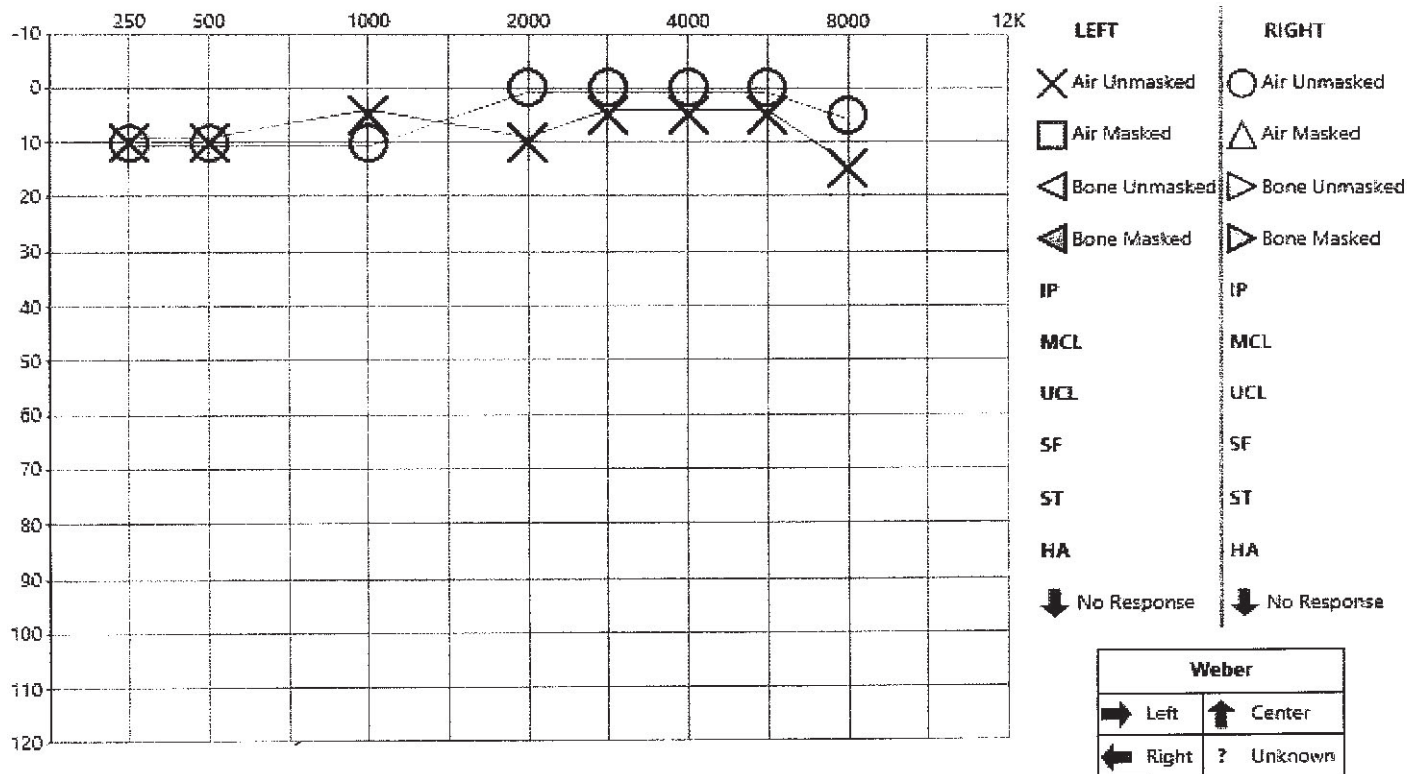
פרטי המטופל

|            |                      |               |        |             |             |
|------------|----------------------|---------------|--------|-------------|-------------|
| שם האב     | שם משפחה ושם פרטי    | מס זהות       | גיל    | נ           | ת.לידה      |
|            | NAURAZBAYEVA AIGERIM | 77-20101960-9 | 31.03  | נ           | 17/03/1989  |
| טלפון נוסף | בארי                 | מס בית        | מס בית | טלפון       | טלפון       |
|            | רחוב                 | 47 / 2        | 47 / 2 | 58 -6840402 | 58 -6840402 |
| תל אביב -י | ישוב                 |               |        |             |             |

תאריך בדיקה: 30/06/2020

רופא מפנה: ד"ר מאהר סעאדה  
אודיומטר: AUDIOSTAR PRO

תאריך הפניה: 19/06/2020  
טימפנומטר: MAICO MI 44



**Speech Audiometry**

| ימין          | Mask | שמאל          | Mask |
|---------------|------|---------------|------|
| SRT           | 10   | SRT           | 10   |
| SRT(mask)     |      | SRT(mask)     |      |
| (%)DISC       | 100% | (%)DISC       | 100% |
| DB            | 45   | DB            | 45   |
| SRT BC        |      | SRT BC        |      |
| SRT BC (mask) |      | SRT BC (mask) |      |
| SRT FF        |      | SRT FF        |      |
| SDT           |      | SDT           |      |
| MCL           |      | MCL           |      |
| UCL           |      | UCL           |      |
| SRT HA        |      | SRT HA        |      |

**טימפנומטריה**

|            | RT Value | LT Value |
|------------|----------|----------|
| Type       | A0       | A0       |
| Compliance | 0.4      | 0.5      |
| Volume     | 1.8      | 1.7      |
| ETF        |          |          |

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

סיכום בדיקת שמיעה

30/06/2020

הודפס ע"י נטלי אביזוב

NAURAZBAYEVA AIGERIM

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| רקע                                                 |
| ממצא אוטוסקופי ב.מ.פ.                               |
| היסטוריה מבוגרים ללא ניתוחים באיזור ראש-צוואר       |
| היסטוריה מבוגרים ללא חשיפה לרעש                     |
| היסטוריה מבוגרים ללא ליקוי שמיעה במשפחה             |
| היסטוריה מבוגרים ללא דלקות אוזניים חוזרות או נוזלים |

|                   |
|-------------------|
| סיבת ההפניה       |
| טינטון חדלוד צדדי |

|                                       |
|---------------------------------------|
| תלונות המטופל/המשפחה                  |
| טנטון אוזן שמאל                       |
| אטימות אוזן שמאל                      |
| סחרחורת סיבובית/תחושת חוסר שיווי משקל |
| אין כאבים באוזניים                    |
| מרגיש ששומע טוב                       |

|                    |
|--------------------|
| תוצאות             |
| שמיעה בתחום הנורמה |

|                                 |
|---------------------------------|
| הערות בדיקת שמיעה               |
| בדיקות דיבור בוצעו בשפה האנגלית |

|                                        |
|----------------------------------------|
| המלצות                                 |
| יש לחזור עם תוצאות הבדיקה לרופא א.א.ג. |

כולית 16 שנה מחוז ת"א-יפו  
 נטלי אביזוב  
 קלינאית תקשורת, מר 13-149229  
 מכון השמיעה, מופת יחידאה לעצת חולון  
 נעמי שמר 15, טל 03-7471213

13149229

מס. רישיון

נטלי אביזוב

שם

קלינאית/תקשורת:



27/07/2020 תאריך  
13:58

### הפניה כללית.

| פרטי המטופל       |                      |         |               |            |             |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|------------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל        | 31.04       |
| שם האב            | שם ת. לידה           | נ       | מין           | 17/03/1989 | ת. לידה     |
| תל אביב - בארי    | רחוב                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון      | 58 -6840402 |
| ישוב              | טלפון נוסף           | טלפון   | טלפון         | טלפון      | טלפון       |

מספר הפניה ישירה: 33288197087

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288197087

תז נבדק



077201019609

מספר רשיון



023488

לכבוד: רופא נירוכירורג

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי           | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------|-------------|
| 70031     | L9269     | בדיקת רופא נירוכירורג | 70031       |



אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון                     | אבחנה |
|------|----------------------------|-------|
| A80  | ACCIDENT/INJURY; NOS       |       |
|      | susp head trauma           |       |
| 7840 | HEADACHE                   |       |
|      | SUSP CHIARI I MALFORMATION |       |

תלונות: 23/07/2020

04/06/2020

שנתיים בירשאל

ילידת קזאחסטאן

ב31.05.20 הייתה מעורבת בת. דרכים, על פי מכתב שחרור מבית חולים לא נחבלה

בראש ולא אבדה הכרה

לדברי בת זוג לא ברור האם נחבלה בראש

מתלוננת על כאבי ראש

לא עברה CT ראש

בדיקה נירולוגית לפי מכתב שחרור הייתה תקינה

לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי

לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח

23/07/2020

התקשרה טלפונית נציגה של בית חולים איכילוב ומסרה שהנבדקת אתמול עברה  
בדיקה CT מוח -ואובחנה תסמונת כיארי I  
הנבדקת מוזמנת לבדיקה נירולוגית חוזרת -בקשה להזמנה של הנבדקת  
לבדיקה  
נירולוגית חוזרת נמסרה למזכירה במשרד במרכז מיגדל המאה  
27/07/2020:  
עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20  
ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח  
עמדה נמוכה של טונזילים הצרבריים עם צפיפות, חשד ל מלפורמציה כיארי I  
ממליץ לקבל חוות דעת של נירוכירורג-קיבלה הפניה  
לחזור לנירולוג עם מכתב חוות דעת של נירוכירורג

ממצאים בבדיקה: 23/07/2020

04/06/2020

עצבי הגולגולת תקינים, כוח גס שמור בידיים ורגליים, החזרים גידיים ערים ושונים  
בידיים ורגליים, אין סימנים צרבריים, פירמידליים ומנינגאליים, פונדוס-אין  
פפילאדמה

שדה ראייה תקין בבדיקת קונפרונטציה

23/07/2020

27/07/2020

עצבי הגולגולת תקינים, כוח גס שמור בידיים ורגליים, החזרים גידיים ערים ושונים  
בידיים ורגליים, אין סימנים צרבריים, פירמידליים ומנינגאליים, פונדוס-אין  
פפילאדמה

שדה ראייה תקין בבדיקת קונפרונטציה

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/07/2020

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/06/2020

לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי

לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח

ההפניות שהופקו ב 04/06/2020

טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש

23/07/2020

התקשרה טלפונית נציגה של בית חולים איכילוב ומסרה שהנבדקת אתמול עברה  
בדיקה CT מוח -ואובחנה תסמונת כיארי I  
הנבדקת מוזמנת לבדיקה נירולוגית חוזרת -בקשה להזמנה של הנבדקת  
לבדיקה  
נירולוגית חוזרת נמסרה למזכירה במשרד במרכז מיגדל המאה  
27/07/2020:

עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20

ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח

עמדה נמוכה של טונזילים הצרבריים עם צפיפות, חשד ל מלפורמציה כיארי I

ממליץ לקבל חוות דעת של נירוכירורג-קיבלה הפניה

לחזור לנירולוג עם מכתב חוות דעת של נירוכירורג



עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20  
ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח  
עמדה נמוכה של טונזילים הצרבריים עם צפיפות, חשד למלפורמציה כיארי I  
אבקש לקבל חוות דעת של נירוכירורג  
בברכה

ד"ר מיכאל חייגרנט - מנהל מחלקה נירולוגית

שם הרופא

23488

מספר רשיון

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



27/07/2020 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

|            |             |     |        |               |                      |
|------------|-------------|-----|--------|---------------|----------------------|
| שם האב     | 17/03/1989  | נ   | 31.04  | 77-20101960-9 | NAURAZBAYEVA AIGERIM |
| שם המטופל  | ת. לידה     | מין | גיל    | מס זהות       | שם משפחה ושם פרטי    |
| טלפון נוסף | 58 -6840402 |     | 47 / 2 | מס בית        | באר                  |
|            | טלפון       |     |        |               | תל אביב - ישוב       |
|            |             |     |        |               | רחוב                 |

## שלום רב,

תאריך הביקור: 27/07/2020

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 23/07/2020

04/06/2020

שנתיים בירשאל

ילידת קזחסטאן

ב-31.05.20 הייתה מעורבת בת. דרכים, על פי מכתב שחרור מבית חולים לא נחבלה

בראש ולא אבדה הכרה

לדברי בת זוג לא ברור האם נחבלה בראש

מתלוננת על כאבי ראש

לא עברה CT ראש

בדיקה נירולוגית לפי מכתב שחרור הייתה תקינה

לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי

לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח

23/07/2020

התקשרה טלפונית נציגה של בית חולים איכילוב ומסרה שהנבדקת אתמול עברה

בדיקה CT מוח -ואובחנה תסמונת כיארי I

הנבדקת מוזמנת לבדיקה נירולוגית חוזרת -בקשה להזמנה של הנבדקת

לבדיקה

נירולוגית חוזרת נמסרה למזכירה במשרד במרכז מגדל המאה

27/07/2020

עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20

ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח

עמדה נמוכה של טונזילים הצרבריים עם צפיפות, חשד ל מלפורמציה כיארי I

ממליץ לקבל חוות דעת של נירוכירורג-קיבלה הפניה

לחזור לנירולוג עם מכתב חוות דעת של נירוכירורג

בדיקה גופנית: 23/07/2020

04/06/2020

עצבי הגולגולת תקינים, כוח גס שמור בידיים ורגליים, החזרים גידיים ערים ושווים

בידיים ורגליים, אין סימנים צרבריים, פירמידליים ומינגאליים, פונדוס-אין

פפילאדמה

שדה ראיה תקין בבדיקת קונפרונטציה

23/07/2020  
27/07/2020

עצבי הגולגולת תקינים, כוח גס שמור בידיים ורגליים, החזרים גידיים ערים ושונים  
בידיים ורגליים, אין סימנים צרבלריים, פירמידליים ומינגאליים, פונדוס-אין  
פפילאדמה  
שדה ראייה תקין בבדיקת קונפרונטציה

| קוד  | איפיון | אבחנה                        |
|------|--------|------------------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS         |
| 7840 |        | susp head trauma<br>HEADACHE |
|      |        | SUSP CHIARI I MALFORMATION   |

#### דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/07/2020  
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/06/2020  
לבצע CT מוח וחלון עצם-לשלוש נזק טראומטי  
לחזור לנירולוג עם צילום ופענוח  
ההפניות שהופקו ב 04/06/2020  
טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש  
23/07/2020

התקשרה טלפונית נציגה של בית חולים איכילוב ומסרה שהנבדקת אתמול עברה  
בדיקה CT מוח -ואובחנה תסמונת כיארי I  
הנבדקת מוזמנת לבדיקה נירולוגית חוזרת -בקשה להזמנה של הנבדקת  
לבדיקה  
נירולוגית חוזרת נמסרה למזכירה במשרד במרכז מיגדל המאה  
27/07/2020

עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20  
ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח  
עמדה נמוכה של טונזילים הצרבלריים עם צפיפות, חשד ל מלפורמציה כיארי I  
ממליץ לקבל חוות דעת של נירוכירורג-קיבלה הפניה  
לחזור לנירולוג עם מכתב חוות דעת של נירוכירורג



#### סיכום והמלצות:

עברה בדיקה CT מוח בבית חולים איכילוב ב-23.07.20  
ללא דמם שבר או ממצא מוקדי ברקמת המוח  
עמדה נמוכה של טונזילים הצרבלריים עם צפיפות, חשד ל מלפורמציה כיארי I  
ממליץ לקבל חוות דעת של נירוכירורג-קיבלה הפניה  
לחזור לנירולוג עם מכתב חוות דעת של נירוכירורג  
בברכה

בברכה,

ד"ר מיכאל חייגרנט -מנהל מחלקה נירולוגית 23488

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

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

**ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת (ק) - יחידה**  
**טלפון: 03-6974000 פקס: 074-7219804**

ת.ז.: 44115362  
טלפון: 058-6840402

שם: נאורזבייבה איגרים

כתובת: בארי 47/2 תל אביב - יפו \*

מקרה: 38287560

גיל: 33 ש

מין: נ

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור ביצוע | שעת אישור ביצוע | תיאור שירות                |
|-------------------|-----------------|----------------------------|
| 22/07/2020        | 20:21           | CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד |

ולדות מחלה

פי הפניית הרופא המטפל

אלה לבירור

פי הפניית הרופא המטפל

ס רנטגנאי

גולדמן שלומי

יאור הבדיקה והממצאים

טים קליניים:

33, לפני כחודשיים תאונת דרכים, מאז כאבי ראש.

יו בידי בדיקות קודמות להשוואה.

בניקה:

יצעה סריקה של המוח ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי.  
יצעו שחזורים ברזולוציה גבוהה של העצמות.

וצאים:

לא נצפו דמם טרי, שבר או סימני לחץ.

לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח.

חדרי המוח והחללים התת-עכבישיים כולל צסטרנות הבסיס תקינים במיקומם וברוחבם, סימטריים.

איזורי האוכף התורכי וארובות העיניים בטווח התקין.

עמדה נמוכה של הטונסילים הצרבלריים עם צפיפות. הטונסילים מונמכים בכ-9 מ"מ. המראה מחשיד למלפורמציית כיארי 1.

חללי האויר בגולגולת מאווררים היטב.

לסיכום:

ללא דמם, שבר או תהליך מוקדי.

עמדה נמוכה של הטונסילים הצרבלריים עם צפיפות. המראה מחשיד למלפורמציית כיארי 1. לקורלציה עם קליניקה וייעוץ נוירוכירורג.

הופעל נוהל דיווח ממצא חריג

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ  | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|--------|-------------|-----------|
| דר. אדם שרון    | 37843 | 1-2086 | 23/07/2020  | 14:44     |



### קבלה

מקור : 20770613 : קבלה מספר  
 20:30:31 22.07.20 : תאריך הזנת הקבלה  
 ש"ח ILS : מטבע הקבלה

### לכבוד:

נאורזביבה איגרים  
 בארי 47/2 תל אביב - יפו מיקוד: \*  
 058-6840402

### שולם על חשבון הביקורים הבאים:

שם מטופל: נאורזביבה איגרים מספר זהות:

| מספר מקרה | תאריך ביקור | שער    | מספר חשבון | סימולין | ת. חשבונית | סכום   |
|-----------|-------------|--------|------------|---------|------------|--------|
| 38287560  | 22.07.20    | מרפאות |            |         |            | 727.00 |
| סה"כ      |             |        |            |         |            | 727.00 |

| אמצעי התשלום                   | סוג כרטיס | מס' ב.אשראי | בנק/תוקף סניף | מספר חשבון / מס' תשלומים | המחאה/שובר תאריך פרעון סכום | תאריך שובר |
|--------------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|------------|
| אשראי                          | לאומי כרד | 9592        | 12/25         | 001                      | 0033001174                  | 22.07.2020 |
| סה"כ                           |           |             |               |                          |                             | 727.00     |
| יתרה לתשלום בגין החשבונית הנ"ל |           |             |               |                          |                             | 0.00       |



שם קופאי : SHOSHIM : חתימת הקופאי :  
 קופח : SHOSHIM - 1299 : קופת קמ"ר  
 תאריך הדפסה: 22.07.20

שם מסוף: קרן איכילוב  
 מספר מסוף: 5771252  
 תאריך: 22.07.20 שעה: 20:30

כרטיס: לאומי כרד  
 מספר כרטיס: 9592  
 בתוקף עד: 12/25  
 מספר שובר: 33001174  
 מספר אישור: 0009769  
 סוג עסקה: חובה  
 מטבע: ש"ח  
 אשראי: רגיל

**סכום: 727.00 ש"ח**

אסמכתא: 1299000000001026159

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מראה:מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז:ת"א

24/05/2021 תאריך

## הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                    |                      |         |               |       |            |            |            |        |
|--------------------|----------------------|---------|---------------|-------|------------|------------|------------|--------|
| שם המשפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל   | 32.02      | נ          | 17/03/1989 | שם האב |
| תל אביב - בארי     | רחוב                 | מס בית  | 47 / 2        | טלפון | 58 6840402 | טלפון נוסף |            |        |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

מספר הפניה: 33288302882

גרם שולח



3288

מספר הפניה



033288302882

תז נבדק



077201019609

רשיון רופא



028197

לכבוד: הפניה לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 02/06/2020 הייתה מעורבת בת, 24/05/2021

ממצאים קליניים בדיקה גופנית מתאריך 02/06/2020 נבדקה / צולמה בבח איכילוב רגישות באזור L3-4-5-S1 תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין דפקים פריפרים תקינים הופנתה לפיזיותרפיה 24/05/2021

מאז סובלת מכאבי גב סובלת מכאב בגב לא הקרנה לרגליים

מטרת הבדיקה: כאב

חתימה וחומת הרופא

28197

מספר רשיון

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

שם הרופא

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

ה.ר. 7

דף 1 מ 1

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

הפניה לפיזיותרפיה

77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

NAURAZBAYEVA AIGERIM

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-24.05.2021.

תאריך 24/05/2021

**הפניה לדימות**

| פרטי המטופל       |                      |         |               |        |       |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|--------|-------|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות | 77-20101960-9 | גיל    | 32.02 |
| שם האב            | .                    | ת.לידה  | 17/03/1989    | מין    | נ     |
| תל אביב - ישוב    | בארי                 | רחוב    | 47 / 2        | מס בית | 58    |
| טלפון נוסף        |                      | טלפון   | -6840402      |        |       |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

**מספר הפניה ישירה: 33288302881**

|            |              |              |           |
|------------|--------------|--------------|-----------|
| רשיון רופא | תז נבדק      | מספר הפניה   | גורם שולח |
| 028197     | 077201019609 | 033288302881 | 3288      |

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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

**לכבוד: CT ע"ש מותני**



**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                      | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | 10304017    |

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2020:  
הייתה מעורבת בתד, 24/05/2021

**ממצאים עיקריים** בדיקה גופנית מתאריך 02/06/2020:  
נבדקה ו צולמה בבח איכילוב  
רגישות באזור L3-4-5-S1  
תנועות ונוירולוגיה תקינים לחלוטין  
דפקים פריפרים תקינים  
הופנתה לפיזיותרפיה  
24/05/2021  
מאז סובלת מכאבי גב סובלת מכאבי גב לא הקרנה לרגליים

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון | אבחנה                       |
|------|--------|-----------------------------|
| E813 |        | ROAD ACCIDENT               |
| 9249 |        | CONTUSION                   |
| 9223 |        | CONTUSION BACK AND BUTTOCKS |

הפניה לדימות: NAURAZBAYEVA AIGERIM 77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי 24/05/2021  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|          |                       |       |            |                    |
|----------|-----------------------|-------|------------|--------------------|
| שם הרופא | ד"ר (רופא) עראבי חגלי | 28197 | מספר רשיון | 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 בי"ח  
מפורסמת באתר הכללית



24/05/2021 תאריך

**הפניה לדימות**

| פרטי המטופל       |                      |            |               |       |             |
|-------------------|----------------------|------------|---------------|-------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM | מס זהות    | 77-20101960-9 | גיל   | 32.02       |
| שם האב            |                      | ת.לידה     | 17/03/1989    | מין   | נ           |
| תל אביב -         | בארי                 | מס בית     | 47 / 2        | טלפון | 58 -6840402 |
| רחוב              |                      | טלפון נוסף |               |       |             |

31/05/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33288302881

גרם שולח



3288

מספר הפניה



033288302881

תז נבדק



077201019609

רשיון רופא



028197

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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT ע"ש מותני

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                 | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | 10304017    |

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2020:  
הייתה מעורבת בתד,  
24/05/2021

ממצאים עיקריים  
בדיקה גופנית מתאריך 02/06/2020:  
נבדקה : צולמה בבח איכילוב  
רגישות באזור L3-4-5-S1  
תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין  
דפקים פריפריים תקינים  
הופנתה לפיזיותרפיה  
24/05/2021

מאז סובלת מכאבי גב סובלת מכאבי גב לא הקרנה לרגליים

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון | אבחנה                       |
|------|--------|-----------------------------|
| E813 |        | ROAD ACCIDENT               |
| 9249 |        | CONTUSION                   |
| 9223 |        | CONTUSION BACK AND BUTTOCKS |

דף 1 מ 2

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

הפניה לדימות

24/05/2021

77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

NAURAZBAYEVA AIGERIM

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-24.05.2021.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|          |                       |            |       |                    |
|----------|-----------------------|------------|-------|--------------------|
| שם הרופא | ד"ר (רופא) עראבי חגלי | מספר רשיון | 28197 | חתימה וחותמת הרופא |
|----------|-----------------------|------------|-------|--------------------|

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

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



24/05/2021 תאריך

## הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| פרטי המטופל       |                      |
| שם משפחה ושם פרטי | NAURAZBAYEVA AIGERIM |
| מס זהות           | 77-20101960-9        |
| גיל               | 32.02                |
| מין               | נ                    |
| ת.לידה            | 17/03/1989           |
| שם האב            |                      |
| תל אביב - בארי    | באר                  |
| רחוב              |                      |
| מס בית            | 47 / 2               |
| טלפון             | 6840402              |
| טלפון נוסף        | 58                   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 31/05/2020

מספר הפניה: 33288302882

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288302882

תז נבדק



077201019609

רשיון רופא



028197

לכבוד: הפניה לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 02/06/2020 הייתה מעורבת בת, 24/05/2021

ממצאים קליניים בדיקה גופנית מתאריך 02/06/2020 נבדקה וצולמה בבח איכילוב רגישות באזור L3-4-S1 תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין דפקים פריפרים תקינים הופנתה לפיזיותרפיה 24/05/2021

מאז סובלת מכאבי גב סובלת מכאבי גב לא הקרנה לרגליים

מטרת הבדיקה: כאב

28197

ד"ר (רופא) עראבי חגלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 1

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

הפניה לפיזיותרפיה

77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

NAURAZBAYEVA AIGERIM

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-24.05.2021.

תאריך: 24/05/2021

### הפניה לדימויות

| פרטי המטופל       |  |                      |  |         |  |               |  |          |  |
|-------------------|--|----------------------|--|---------|--|---------------|--|----------|--|
| שם משפחה ושם פרטי |  | NAURAZBAYEVA AIGERIM |  | מס זהות |  | 77-20101960-9 |  | גיל      |  |
| שם האב            |  | .                    |  | ת.לידה  |  | 17/03/1989    |  | נ        |  |
| תל אביב - ישוב    |  | בארי                 |  | רחוב    |  | מס בית        |  | 2 / 47   |  |
| טלפון נוסף        |  | טלפון                |  | טלפון   |  | 58            |  | -6840402 |  |

תאריך תאונה: 31/05/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 33288302881

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288302881

תז נבדק



077201019609

רשיון רופא



028197

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימויות 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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימויות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT ע"ש מותני



### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                      | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | 10304017    |

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2020: הייתה מעורבת בת, 24/05/2021

ממצאים עיקריים בדיקה גופנית מתאריך 02/06/2020:

נבדקה ו צולמה בב, ח איכילוב  
רגישות באזור L3-4-5-S1  
תנועות ונירולוגיה תקינים לחלוטין  
דפקים פריפרים תקינים  
הופנתה לפיזיותרפיה

24/05/2021

מאז סובלת מכאבי גב סובלת מכאב ב גב לא הקרנה לרגליים

### אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון | אבחנה                       |
|------|-------|-----------------------------|
| E813 |       | ROAD ACCIDENT               |
| 9249 |       | CONTUSION                   |
| 9223 |       | CONTUSION BACK AND BUTTOCKS |

דף 1 מ 2

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

הפניה לדימויות

24/05/2021 77-20101960-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עראבי חגלי

NAURAZBAYEVA AIGERIM

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

| שם הרופא              | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |
|-----------------------|------------|--------------------|
| ד"ר (רופא) עראבי חגלי | 28197      |                    |

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



תאריך: 24/04/2022

סיכום ביקור

|              |                 |                   |              |             |                 |       |      |   |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------|-------------|-----------------|-------|------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | נאורזבייב אייגרים | מס זהות:     | 00345535843 | גיל:            | 33.01 | מין: | נ |
| ת.לידה:      | 17/03/1989      | שם האב:           | מגאואיאן     | ישוב:       | תל אביב - רחוב: | בארי  |      |   |
| מס בית:      | 47              | טלפון:            | 52 - 8404025 | טלפון נוסף: | 58 - 6840402    |       |      |   |

שלום רב,

לכבוד: רופא/ת המשפחה

תאריך הביקור: 24/04/2022

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

|      |        |                     |
|------|--------|---------------------|
| קוד  | איפיון | אבחנה               |
| 6102 | It     | FIBROADENOMA BREAST |
| 3051 |        | SMOKER              |

אבחנות בביקור

|      |        |                                |
|------|--------|--------------------------------|
| קוד  | איפיון | אבחנה                          |
| F408 |        | OTHER PHOBIC ANXIETY DISORDERS |

סיכום ודיון:

בדיקה במסגרת רפואה יועצת בקהילה.  
בת 33, נשואה ללא ילדים. עובדת בחברת הייטק כמנהלת תמיכה, בעלת תואר ראשון בהנדסה כימית. ילידת קזחסטן, הגיעה לארץ לפני 4 שנים. אינה מוכרת למערכת בריאות הנפש. פנתה עקב חרדה מנסיעות, שהייה ליד כבישים ומעבר במעברי חציה. החרדה קיימת מזה שנתיים והחלה לאחר תאונת דרכים בה הייתה כנוסעת. פרט לתסמין זה שוללת כל תסמין פוסט-טראומטי אחר. ללא עדות להפרעה אפקטיבית מאגורית, הסתמנות פסיכוטית או מסוכנות לעצמה או לסביבתה.

תכנית ברור וטיפול: תופנה לטיפול מרפאתי במרכז בריאות הנפש "הארבעה". יש לשלוח פקס עצמאית עם סיכום זה לטלפון 03-5613618

למשרד - אבקש להפיק טופס 17 למרפאת "הארבעה"

בברכה,

142385

ד"ר חן אבני

מספר רשיון 142385  
מספר תל-אביב 24146  
מספר מ.ר.מ. 42835  
חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

נספח 5 :

טופס 1 - מינוי מומחים - ירדן

(עמודים 101 עד 101)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום  
בבתי

ירדן גלבע - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה- הפול ואח'

התובע, ירדן גלבע, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום הניירולוגי, בתחום האף, אוזן וגרון, ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגע, טופל 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 התובע

נספח 6 :

טופס 1 - מינוי מומחים - אייגרים

(עמודים 103 עד 103)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום  
בבתי

אייגרים נאורבאיבה- נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה- הפול ואח'

התובעת, אייגרים נאורבאיבה, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום הנזירולוגי, בתחום האף, אוזן וגרון ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובעת

נספח 7 :

נחתמו

(עמודים 105 עד 110)



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

## תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

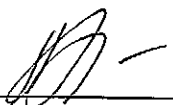
אני הח"מ אליהו שג"ר בעל ת.ד. 615010980 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
 בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
 אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

|              |              |                     |
|--------------|--------------|---------------------|
| תאריך: _____ | המחלה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |
| תאריך: _____ | המחלה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |
| תאריך: _____ | המחלה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |

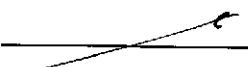
2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

|              |               |                     |
|--------------|---------------|---------------------|
| תאריך: _____ | הפגיעה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |
| תאריך: _____ | הפגיעה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |
| תאריך: _____ | הפגיעה: _____ | המוסד הרפואי: _____ |

X   
 חתימה

## אישור

אני הח"מ עו"ד אליהו שג"ר מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 16.12.11  
 הופיעה בפני אליהו שג"ר (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודה/זהות מס' 615010980  
 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
 תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

  
 חתימת עורך הדין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אברהם (אברהם) יצחק, מרחוב דאז, 167,  
 ת"א 6106006, להיות באי כוחי במשפט של  
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום 31.5.20  
 נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבהאות, 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 פסי"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 הני"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.

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |         |              |        |
|----------|---------|--------------|--------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות   | שם האב |
| דאר'     | 47 מס'  | הלא אגיר עיר | טלפון  |
| רחוב     |         | מיקוד        |        |

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

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

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן 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 מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

חלק ב'  
שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

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

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

במקרה של קטין: שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך: 16.2.11 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X \_\_\_\_\_

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ירבן גלילי בעל ת.ז. 21768551 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

|        |       |        |       |               |       |
|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

|        |             |         |                 |               |            |
|--------|-------------|---------|-----------------|---------------|------------|
| תאריך: | <u>2004</u> | הפגיעה: | <u>יחס רחוק</u> | המוסד הרפואי: | <u>חסר</u> |
| תאריך: | _____       | הפגיעה: | _____           | המוסד הרפואי: | _____      |
| תאריך: | _____       | הפגיעה: | _____           | המוסד הרפואי: | _____      |

X \_\_\_\_\_  
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד יחיא יחייא, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 16.8.21  
הופיע/ה בפני ירבן גלילי (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'  
21768551 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.  
שיו: 52254

חתימת עורך הדין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|          |         |            |        |
|----------|---------|------------|--------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
| מס' רחוב | מס' עיר | מיקוד      | טלפון  |
| 47       | 7       | 21768551   |        |

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: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ 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 האב \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_  
 תאריך: 11.1.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: \_\_\_\_\_  
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, י.ר.ד. ארלי מס' 2178551, מרחוב רמ"ה 49, אר"י,  
 ת.ז. מס' 31.5.20 בענין תאונת דרכים מיום 31.5.20 מבלי לפגוע בכלליות המינוי  
 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד  
 הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל  
 בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.