

תאריך חתימת המסמך 1.1.23

התובעת: **דבורה אובזניק, ת"ז 11851912**
מרחוב הנביאים 42/1, ראש העין

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעת: **מגדל, חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל': 03-9201010 דוא"ל: tiviothova@migdal.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

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

סכום האגרה: 763 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעת הגישה 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 לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 13.1.1965, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 557-85-201 (להלן: "**הרכב**")
2. הנתבעת 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 אישורי משטרה, מסומנים "**כנספה 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובעת נפגעה בתאונות דרכים כהגדרתן בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב במועדים בהן אירעו התאונות בביטוח חובה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונות.
4. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונות, התקשתה ומתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי השתכרות.
5. התובעת מוגבלת מאז התאונות בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונות נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

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

התאונה הראשונה :

7. בתאריך 31.10.21, בשעה 06:30 או בסמוך לכך, בכביש מס' 444 וכביש 471, היה הרכב אשר היה נהוג ע"י התובעת מעורב בתאונה והתובעת נחבלה בגופה (להלן: "**התאונה/התאונה הראשונה**").

1. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנה חבלת צליפת שוט (בלעז: Whiplash) עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

התאונה השניה:

2. בטרם החלימה מתוצאות התאונה הראשונה, בתאריך 5.12.21 בשעה 16:20 או בסמוך לכך, ברחוב יהודה הלוי, בראש העין, היה הרכב מעורב בתאונת דרכים והתובעת נחבלה בגופה (להלן: "התאונה/התאונה השניה")
 3. לאחר התאונה השניה טופלה התובעת בבית החולים בילינסון, בפתח תקוה, שם אובחנו חבלות בפלג גופה העליון, בראש, בצוואר ובגב. בדיקות הדמיה שבוצעו לה וכווננו לעמוד השדרה ולחזה שללו שברים ולאחר קבלת טיפול רפואי שוחררה לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
 4. בנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות הצוואר והגב החלה התובעת לסבול מהחמרה בכאבי הראש, סחרחורות וחוסר שיווי משקל. התובעת הופנתה לביצוע בדיקת שמיעה אשר הדגימה ירידה בשמיעה, אסימטריה בין האוזניים והופנתה להמשך מעקב רפואי.
 5. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרתו אובחנה הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר, כמו גם כאבי ראש, סחרחורות וירידה בשמיעה והיא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ונטילת טיפול תרופתי.
 6. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה וסטיבולריים אולם נותרה עם סחרחורות וחוסר שיווי משקל וניתנו לה הנחיות לביצוע תרגילים במסגרת ביתית ועידוד חזרה לעבודה.
 7. כן, ביצעה התובעת טיפולי פיזיותרפיה לצורך שיפור טווחי התנועה ותפקוד חרף הכאבים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה בעטיה של התאונה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
8. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש, סחרחורות, חוסר יציבות, הקרנת הכאבים לכתפיים, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מקשיי הירדמות היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.
 9. התובעת עובדת עיריית תל אביב, אחות טיפת חלב, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, היא נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה, צמצום עבודתה, נגרמו לה הפסדי שכר ויגרמו לה גם בעתיד.
 10. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
 11. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

13. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

(1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 87,500

(2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 15,000

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 6,000

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 16,000

ב. 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.



14. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובעת בהיותה הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב במועד התאונה.

15. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבן, ביחד ולחוד, לפצות את התובעת 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 התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 28)	10
נספח 3: יפוי כח ווסר חתומים (עמודים 30 עד 32)	30



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 8)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: תחנת ראש העין שרון
מספר תיק פלא: 814001/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 17/11/2021, י"ג כסלו תשפ"ב, 12:15
כתובת: ראש העין

טלפון:
פקס:
מס' מסמך בתיק: א
נושא המסמך:

לכל המעוררים

1. תאריך התאונה:

31/10/2021

בשעה

06:30

2. מקום התאונה:

כביש מס 444 עם כביש מס 471 בכביש בין עירוני

הערות מקום:

כביש 444 כביש 471

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב

55785201

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

יונדאי טורקיה

חברת ביטוח

מגדל

מספר פוליסה

25101074621

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	11851912	אובזניק דבורה סימונה	13/01/1965	רמת גן, הרא"ה 171	שיבא - תל השומר	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב

סוג רכב

תוצר רכב

חברת ביטוח

מספר פוליסה

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג						

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים:

1

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

17/11/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א

59271999

שם משפחה

שרעבי

שם פרטי

נופר

פרטי השוטף המוסר

מ"א

1157049

שם משפחה

פלדמן

שם פרטי

מיטל

דרגה

רסמ

יומן

17-11-2021

תחנת ראש העין

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: תחנת ראש העין שרון
מספר תיק פלא: 6522/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 03/01/2022, א' שבט תשפ"ב, 16:26
כתובת: ראש העין

טלפון:
פקס:
מס' מסמך בתיק: ב
נושא המסמך:

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה:

05/12/2021 בשעה

16:20

2. מקום התאונה:

ראש העין יהודה הלוי בכביש עירוני

הערות מקום:

יהודה הלוי ראש העין

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	55785201	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יומדי טורקיה
חברת ביטוח	מגדל	מספר פוליסה	25101074621	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	11851912	אובדניק דבורה סימונה	13/01/1965	רמת גן, הרא"ה 171	בילינסון - פתח תקוה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	9883829	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	מזדה יפן
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג		חיימי מאור				

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

1 כמות נפגעים: 03/01/2022 מתאריך: בחקירה מצב התיק:

פרטי המטפל בתיק

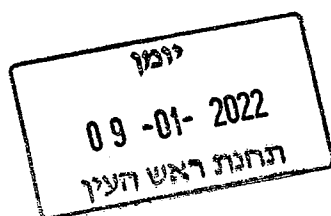
מ"א	59271999	שם משפחה	שרעבי	שם פרטי	נופר
-----	----------	----------	-------	---------	------

פרטי השוטר המוסר

מ"א	59271999	שם משפחה	שרעבי	שם פרטי	נופר
-----	----------	----------	-------	---------	------

דרגה

רסמ



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 28)



The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

11851912 אובזניק דבורה

בת: 56

כתובת: הרא"ה 171 רמת גן כניסה . רמת גן 5236206
מספר קבלה: 00500131102021
תאריך ביקור: 31/10/2021 07:33

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9) Cervical sprain

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: צליפת שוט

הערות:

בת 56, מעורבת בת.ד חזית אחור בדרכה לעבודה מתלוננת על כאבי צוואר

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	מספר נשימות
07:44 31/10/2021	3	16

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252 08:09 31/10/2021
היום בדרך לעבודה עברה ת.ד בתור הנהגת, סובלת מכאבי צוואר, רגישות פראברטברלית צווארית, לא חסר ניירולוגי לפי ה-ASIAN
C5D1 'לח גס שמור',

תאונת עבודה		
מקצוע	תאריך פגיעה	ש.ה.
שם המעביד: _____		
כתובת: _____		
כתוצאה מפגיעה בעבודה המוצהרת: _____		
☐ מסוגל להמשיך בעבודתו		
במשך _____ ימים, מיום _____ עד _____		

פרטים

המלצות

תאריך ושעה נושא נרשם ע"י

דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252 טיפול אנלגטי,
מעקב רופא מטפל,
חופשת מחלה ל-3 ימים

31/10/2021
08:09

כתובת: הרא"ה 171 רמת גן כניסה . רמת גן 5236206
מספר קבלה: 00500131102021
תאריך ביקור: 31/10/2021 07:33

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

תאונת עבודה	
מקצוע	תאריך פגיעה
שם המעביד:	שעה
כתובת:	
☐ תוצאה חפזית בעבודה המוצהרת ע"י הנ"ל ☐ מסוגל להמשיך בעבודתו ☐ אינו מסוגל במשך _____ ימים/שנים עד יום _____ (ברכ"ל)	

נחתם ע"י: דר' רוזנברג אדוארד מ.ר. 26252

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
דבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.
להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.
תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/שירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי.
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656
במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלת הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

ד"ר אדלר כהן חגית

מומחית ברפואה פנימית

מס' רשיון: 120877

כתובת: תל חי 33, רמת גן

טלפון: 03-6770666

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אובזניק	שם פרטי דבורה	שם האב סימון	מס' זיהוי 11851912	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב רמת גן	רחוב הרא"ה	מס' 171	מיקוד 5236206	שנת לידה 1965
חבר (כל)	כ			
שם המעביד וכתובתו עיריית תל אביב יפו	טלפון 0544429928	מקצוע אחות		
ת. פגיעה 31/10/2021	שעה 06:30	התעסקות בשעת הפגיעה נהגת		
האיבר שנפגע נחבלה בצווארה	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בעת נהיגה לעבודה טנדר נכנס במכוניתה מאחורה. מאז כאבים בצוואר. נבדקה בשיבא.

הממצא הקליני:

כאבים בצוואר עם קושי בהזזה

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

צילום צוואר

הממצא: ללא ממצא פתולוגי

אבחנה:

• ENCOUNTER FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ימים, היינו מיום:

31/10/2021

עד יום:

04/11/2021

01/12/2021

תאריך הבדיקה

ד"ר אדלר כהן חגית
מס' רשיון: 120877
מפאת רפואת המשפחה
תל חי 33, רמת גן
טל: 03-6770666

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

9376996 - 93

מקצועת
כללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' גבע גל ב-05/12/2021 21:45

מלרד - אורתופדיה	תאריך לידה: 13/01/1965	שם משפחה: אובזניק
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191	שם פרטי: דבורה סימונה
מ.ר. 24432	מין: נקבה	כתובת: הרכסים רמת גן
אחות אחראית: גרינברג תמי	גיל: 56	טלפון: 036782152
טלפון: 03-9377011		
פקס: 03-9222173		

תאריך קבלה: 05/12/2021 17:17
מספר קבלה: 2021214997

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

- STRAIN / SPRAIN - WHIPLASH (8470)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערות: בת 56 הופנתה למיון לאחר מעורבות בתאונת דרכים ביום קבלתה, נהגת, חגורה, מנגנון אחורי, בקבלתה במיון בהכרה, יציבה הימודינמית, נשימתית, מתלוננת על כאבים בצוואר, וגב עליון עמוד דרה גבי, ללא איבוד הכרה.

תלונה עיקרית

בגליון

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בשכיבה	כאב
17:55 05/12/2021	79	170 / 100	6

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום עמוד שדרה גבי במסגרת עמוד שדרה
לא הוקלדה תשובה	05/12/2021	צילום חזה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' גבע גל ב- 05/12/2021 21:45

שם משפחה: אובדניק	תאריך לידה: 13/01/1965	מלרד - אורתופדיה
שם פרטי: דבורה סימונה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191	מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
כתובת: הרבנים רמת גן	מין: נקבה	מ.ר. 24432
טלפון: 036782152	גיל: 56	אחות אחראית: גרינברג תמי
		טלפון: 03-9377011
		פקס: 03-9222173

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	DRP	05/12/2021 18:03 אבו ראס מוחמד מ.ר. 207792	Once Rate from nurse:0	ORAL OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) DRP 1000 mg

מהלך ודין

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
------------	------	----------	-------

05/12/2021 20:46
אפל חעי מ.ר. 134048
בת 56, ללא מדללי דם
מעורבת בתאונת דרכים, נהגת רכב פרטי, חגורה. נפגעה במנגנון אחורי

מלינה על כאבים בצוואר

ללא איבוד הכרה
מעט בחילות ללא הקאות
ללא קשיי נשימה או חבלת חזה
ללא חבלת בטן

בבדיקתה - במצב כללי טוב

GCS 15

מניעה 4 גפים

דופק 80, לד 170/000

ראש ללא סימני חבלה

צוואר בצווארון

חזה - ללא סמני חבלה או רגישות, כניסת אוויר טובה שווה דוצ

בטן רכה ללא סמני חבלה או רגישות, ללא רגישות

אגן יציב

רגישות קלה פרהוורטברלית עמש חזי

ללא רגישות על פני כל עמשע עמש

ת:

צלח

אורטופד

בת 56

רקע וסיפור כמתאור.

דר' גבע גל מ.ר. 148162

05/12/2021
21:17

כעת מלינה על כאבי צוואר וגב.
דומים לכאבים שהיו בתאונה לפני כחודש.

בבדיקה-

מתהלכת ללא עזרים.

מניעה צוואר לכל הכיוונים, רגישות דיפוזית קו אמצע ופראוורטברלית.

ללא רגישות עמש מותני, רגישות קו אמצע גבית.

מוח גס ותחושה שמורים ב4 גפיים, ללא חסרים.

בצילום עמ"ש צ + גבי- ללא ממצא גרמי חריף.

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' גבע גל ב-05/12/2021 21:45

מלרד - אורתופדיה
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
 מ.ר. 24432
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: אובזניק	תאריך לידה: 13/01/1965
שם פרטי: דבורה סימונה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1185191
כתובת: הרכסים רמת גן	מין: נקבה
טלפון: 036782152	גיל: 56

#נגד כאבים לפי הצורך.
 #חיסום ועיסוי מקומי.
 #פיזיותרפיה- הפעלה מלאה.
 #ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
 #בכל החמרה לרבות חולשת רגל או יד, אובדן שליטה על סוגרים או כל החמרה אחרת - יש לפנות לרופא.
 חופשת מחלה: 5 ימים.

סטטוס מטופל בשחרור

אחות מרכזת טיפול
 אחות: אבו ראס מוחמד מ.ר. 207792

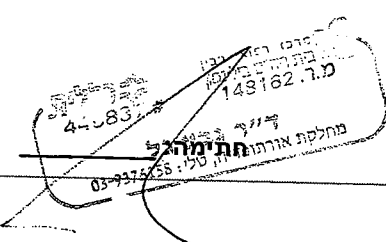
רופא אחראי
 רופא: אפל רועי מ.ר. 134048

נחתם ע"י: דר' גבע גל מ.ר. 148162

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום והפניה/טופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' גבע גל 05/12/2021 21:45
 חיסוי אישי
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



תאריך: 12/2021

מ.ר גורם מפנה



023073

טלפון: 03-5732435
פקס: 037312832
כתובת: המאבק 33, גבעתייםהתמחויות:
מומחית בנירולוגיה

שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		פרטי הנבדק:
ת.ז.: 11851912	טלפון: 0747023335	ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	
ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	
שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		
ת.ז.: 11851912	טלפון: 0747023335	ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	
ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	ת.ל. עבודה/נייד: 0544429928	מיקוד: 5236206	

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר אדלר כהן חגית

בבדיקה שנעשתה ב: 30/12/2021

עקב: בת 56, ברקע MIGRAINE, עברה תאונת דרכים באוקטובר ותאונה גם בדצמבר 2021. בזמן נסיעה ברכב (תאונת עבודה). פעם האחרונה- היתה "תנועה" של ראשה קדימה/ אחורה. נבדקה במיון בילינסון. סובלת מכאבי צוואר וכאבי ראש מצחי, כבדות בראשה, בחילות וסחרחורת סיבובית. נבדקה עי.א.א.ג אשר המליץ על פיזיותרפיה וסטיבולרית. בדיקת שמועה בוצעה (ירידה קלה). מקבלת כבר טיפול מרגישה שיפור מסוים.

ממצאים: הגבלת תנועות צוואר לצדדים.

עצבי המוח תקינים. ללא ניד. שדי ראיה בקונפרונסיה תקינים.

פונדוס: דיסקי-עצבי הראיה תקינים. עם גבולות ברורים.

כוח בגפיים מלא: ללא צניחה, ללא פרונציה. החזרים הופקו, שווים, ללא החזרים פירמידליים בידיים וברגליים. טונוס שרירים רגיל. ללא רעד. ללא ירידה בזריזות. תחושה: כאב, מגע-תקינה. כל המבחני קורדינציה בגפיים, בעמידה, ב-TANDEM- תקינים. רגישות יתר במישוש שרירי צוואר וגולגולת.

לסיכום: ללא ממצאים נירולוגיים פוקליים.

CERVICALGIA, WIPLASH INJ, כמו כן VERTIGO.

מומלץ להמשיך טיפול פיזיותרפי, משככי כאב פי צורך. AGISERC עד פעמיים ביום.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- HEADACHE
- VERTIGO

BETISTINE 16MG X 30 - {1 X 1 (למשך 30 ימים)}

חתימה וחותמת הרופא

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: מעקב קליני.

30/12/2021

תאריך

תאריך 23/12/2021

בדיקת שמיעה

0544429928

טל.

011851912 ת.ז.

שם/שם משפחה: דבורה אובזניק

סיבת הפניה: חשד לירידה בשמיעה

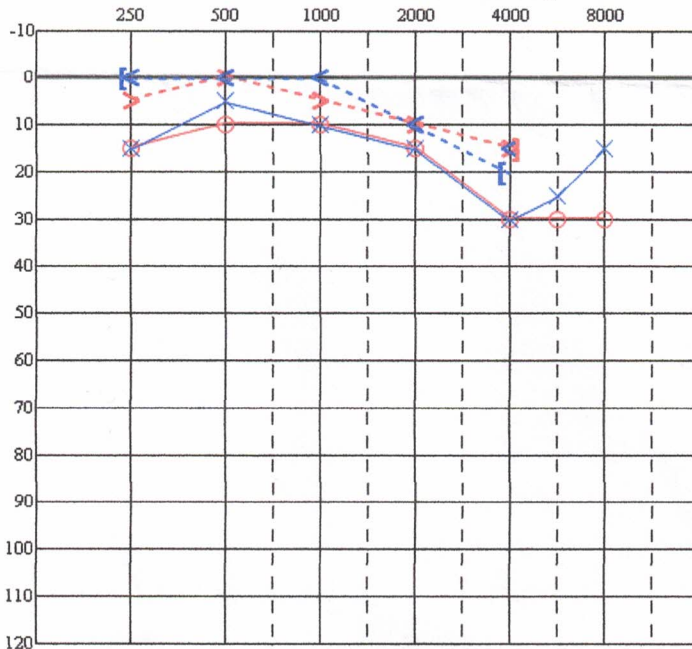
תאריך לידה: 1965

הגורם המפנה: ד"ר סדן מירון

מס' רשיון 98608

סוג אודיומטר: AC33 שם הקלינאי(ת): אושרת כהן

Pure Tone Audiometry

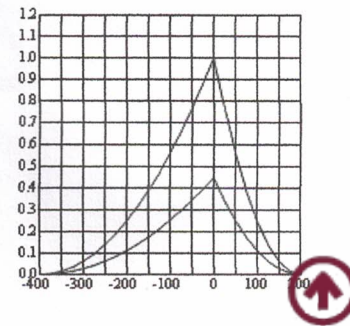


	Air	Air	Bone	Bone	MCL	UCL	Sound	Hearing	No	Weber
	Mask	Bone	Mask	MCL	UCL	Field	Stenger	Aid	Response	
Right	○	△	>	MCL	UCL	S	ST	HA	NR	
Left	×	□	<	MCL	UCL	S	ST	HA	NR	

Mask Levels

	Rt	Air	Bone	Lt	Air	Bone
250						
500						
750						
1000						
1500						
2000						
3000						
4000			40-60			40-60
6000						
8000						

Tympanometry



	Right	Left
Type		
Compliance		
Volume		
ETF		

Speech Audiometry

	SRT	SRT MASK	MASK Level	%Disc	MASK Level	dB	SDT	MCL	UCL	SRT BONE	SRT FF	SRT HA
RIGHT	10			100%		45				/		
LEFT	10			100%		45				/		

23/12/2021: אוטוסקופיה: במפ לדבריה עברה 2 תאונות דרכים בפרק זמן של מס' שבועות. סובלת מסחרחורות ואובדן שיווי המשקל, אינה חשה בירידה בשמיעה.

אושרת כהן
קלינאית תקשורת
מ.ר. 98608

המלצות: חזרה לרופא המטפל והמשך מעקב שמיעה יש לציין אסימטריה בין האוזניים, המשך בירור לשיקול הרופא.

ד"ר אדלר כהן חגית

מומחית ברפואה פנימית

מס' רשיון: 120877

כתובת: תל חי 33, רמת גן

טלפון: 03-6770666

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אובזניק	שם פרטי דבורה	שם האב סימון	מס' זיהוי 11851912	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב ראש העין	רחוב הנביאים	מס' 42	מיקוד 4804045	שנת לידה 1965
שם המעביד וכתובתו עיריית ת"א-יפו	טלפון 0544429928	מקצוע אחות	חבר (כל) כ	
ת. פגיעה 05/12/2021	שעה 16:30	התעסקות בשעת הפגיעה נהגת		
האיבר שנפגע צוואר	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 06/12/2021 בשעה 14:34:03
אתמול שוב תאונה דרכים בה נכנס בה מישור מאחורה, נחבלה בצוואר. פנתה לבילינסון. הומלצו 5 ימים מחלה וכן משככי כאבים.

הממצא הקליני:

כאבים בצוואר ובהמשך סחרחורת וחוסר שו"מ

צילומי רנטגן שנעשו במקום:

צילום עמוד צוואר וגבי-תקינים

אבחנה:

בתאריך: 05/12/2021

• WHIPLASH INJURY

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ימים, היינו מיום: 06/12/2021 עד יום: 29/01/2022 (בכלל)

16/02/2022

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר אדלר כהן חגית
מס' רשיון: 120877
מרחק רפואה פנימית
תל חי 33, רמת גן
טל: 03-6770666

תאריך: 09/01/2022

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
פיזיותרפיה
16/02/2022

גליקמן שרה

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה	ת.ז.: 11851912
ת.לידה: 13/01/1965	מין: נ	טלפון: 0747023335	טל.עבודה/נייד: 0544429928
כתובת: 0011851912	הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

09/01/2022

תאריך הפקדה:

11851912

ת"ז:

דר' סדן מירון

לכבוד דר'

אובזניק דבורה

מר/ת

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL •
WHIPLASH INJURY •
GAIT DISTURBANCE •

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך יצירה
חזרה לשגרה ללא סחרחורות			14/12/2021

14/12/2021

טופל החל מ-

סוג סדרה שווי משקל

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Vestibular Rehabilitation-

VESTIBULAR REHABILITATION
VESTIBULAR REHAB COMPLEX

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

שיפור חלקי
מתרגלת אפלי בבית
עדין סחרחורת בתנועות ראש סיבוביות מהירות
ובקימה משכיבה לשיבה.
הדרכה לתרגול אפלי בבית ותרגול הביטואציה
עידוד לחזרה לעבודה

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיוט גליקמן שרה
גליקמן שרה
חתימה

תאריך: 09/01/2022

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
פיזיותרפיה
16/02/2022

גליקמן שרה

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 11851912

שם פרטי: דבורה

שם משפחה: אובזניק

טל.עבודה/נייד: 0544429928

0747023335

טלפון:

מין: נ

13/01/1965

ת.לידה:



0011851912

כתובת:

הנביאים 42/1, ראש העין

מיקוד 4804045

הפק ללא הדפסה



לאשר מלא ואוסף ואלא
לשלם ואלא ואלא
(בטא)

חתימה

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אובזניק		שם פרטי: דבורה		ת.ז.: 11851912	
ת.לדה: 13/01/1965		מין: נ		טלפון: 0747023335		טל.עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045		0011851912			

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקה: 16/02/2022

ת"ז: 11851912

מר/ת אובזניק דבורה

לידיעתך, המטופלת אובזניק דבורה

התקבל בתאריך: 23/12/2021 לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	23/12/2021	WHIPLASH INJURY

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תחזור לעבודה כאחות	23/01/2022		23/12/2021
המטופלת תעלה מדרגות שלוש קומות ללא כאב	23/02/2022		23/12/2021

טופל החל מ- 23/12/2021

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	36	61
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	9	8
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

THERAPEUTIC EXERCISE

Therapeutic Exercises-

MODALITY HEAT PACK

Modalities-

EVALUATION INITIAL

Administrative and Others-

EVALUATION TREATMENT TREATY

Manual Therapy

Manual Therapy-

סה"כ 5 ביקורים

פיזיותרפיסט

חלקית

המטרות הושגו באופן חלקי

יכולת חזרה לפעילות:

השגת מטרת הטיפול:

חתימה

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אובזניק		שם פרטי: דבורה		ת.ז.: 11851912	
ת.לידה: 13/01/1965		מין: נ		טלפון: 0747023335		טל.עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045					



0011851912

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

המטופלת הגיעה לאחר שתי תאונות במנגנון פגיעה אחורי. אחרי התאונה השניה סבלה מכאבים המגבילים תנועתיות עמש צווארי וכתפיים דוצ וכן מסחרחורות ואבדן שיווי משקל. לאחר סדרה של חמישה טיפולים שכללה תרגול ואמצעים לשיכוך כאבים, משוחררת עקב הטבה משמעותית, טווחי תנועה מלאים מלבד טווחי סיבוב צידי צווארי דוצ, מוגבלת יותר לימין. הונחתה להמשיך פעילות גופנית והוסבר לה כי הכאבים יוכלו להימשך זמן מה עד שישכחו לחלוטין.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: ארביב יהודה

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה



אחות מלא אאוט ואלס
שולמית גלילי (אחות)

חתימה



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אובזניק		שם פרטי: דבורה		ת.ז.: 11851912	
ת.לדה: 13/01/1965		מין: ג		טלפון: 0747023335		טל.עבודה/נייד: 0544428928	
כתובת: 0011851912		הובאים 42/1, ראש העין		מיקוד 4804045			

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' לכל המעוניין
מ/ת אובזניק דבורה
ת"ז: 11851912
תאריך הפקד: 23/11/2022
הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ROTATOR CUFF SYNDROME •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תפתח את החזיה מאחורי הגב	01/01/2023		02/10/2022
2. המטופלת תישן על צד ימין	01/01/2023		02/10/2022
3. המטופלת תרקוד סלסה עם יד ימין מובילה ללא כאב או מגבלה	01/01/2023		02/10/2022

טופל החל ח- 02/10/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדירה תפקודית (בטווח של 0-100)	41	65
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	0	5
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוהה	גבוהה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 5 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרוכזה

חתימה



טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		ת.ז.: 11851912	
ת.ל.ידה: 13/01/1965		מ.י.ן: ג		טלפון: 0747023335		טל.עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045		0011851912			

התמדה בתרגול עצמי-מרוכה

הגיעה לטיפול עקב תאונת עבודה. טופלה עם שיפור משמעותי בכאב.

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: בינה סיון

מכון פיזיותרפיה
מרכז רפואי ראש העין





014617

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 301168840

טלפון: 03-6701135

פקס: 03-6701136

כתובת: ארלוזורוב 4, רמת גן

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה	ת.ז.: 11851912
ת.לדה: 13/01/1965	מין: נ	טלפון: 0747023335
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045	טל. עבודה/נייד: 0544429928
0011851912		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: כאבים בצוואר לאחר תאונת עבודה

ממצאים: ע"ש צוארי - רגישות עפ"י חוליות ושרירים אחורים ללא חסר מירולוגי, כח גס תקין ושוה דו צדדי, הגבלה בינונית בתנועות העיקר ברוטציות, הכאב מקרין לכתפים לפיזיותרפיה

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

• HYPERTENSION (07/2022)
• OBESITY (02/2020)

רגישויות: IOD - 24/10/2022 - סחרחורת והתעלפות

רגישויות לתרופות: הקאות - RESPRIM FORTE 10 - 11/01/2004

תרופות קבועות:

DUPLEX 160/10 X28 1X1X90
VITAMIN D3 1000IU X30 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לצוואר - לטיפול בכאבים, חזק שרירים ושיפור טווח תנועות מבקש לקבל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/12/2022 עד תאריך - 06/06/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

08/12/2022

ד"ר אלק
אורתופד מומחה מנתח
מ.ר. 14617
12738

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אובזניק	שם פרטי: דבורה	ת.ז.: 11851912
ת.לדה: 13/01/1965	מין: ג	טלפון: 0747023335	טל. עבודה/נייד: 0544420028
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין	מיקוד: 4804045		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקד: 23/11/2022

11851912

ת"ז:

לכבוד דר' לכל המעוניין

מרת/ אובזניק דבורה

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: ROTATOR CUFF SYNDROME

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך יצירה
1. המטופלת תפתח את החזיה מאחורי הגב	01/01/2023		02/10/2022
2. המטופלת תישן על צד ימין	01/01/2023		02/10/2022
3. המטופלת תרקוד סלסה עם יד ימין מובילה ללא כאב או מגבלה	01/01/2023		02/10/2022

טופל החל ח- 02/10/2022

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	41	65
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	0	5
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	גבוה

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 5 ביקורים

גורם משהרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה

חתימה



118867

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2284097

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

פרטי הנבדק:		שם פרטי: דבורה		שם משפחה: אובזניק		ת.ז.: 11851912	
ת.לידה: 13/01/1965		מין: ג		טלפון: 0747023335		טל. עבודה/נייד: 0544429928	
כתובת: הנביאים 42/1, ראש העין		מיקוד: 4804045					

התמדה בתרגול עצמי-מרוכה

הגיעה לטיפול עקב תאונת עבודה. טופלה עם שיפור משמעותי בכאב.

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: ראש העין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: בינה סיון

מכון פיזיותרפיה
מרכז רפואי ראש העין



תאריך: 08/12/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה:



014617

ד"ר אלק דורון

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 301168840

טלפון: 03-6701135

פקס: 03-6701136

כתובת: ארלזורוב 4, רמת גן

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אובדניק	שם פרטי: דבורה
ת.ז.: 11851912	טלפון: 0747023335
תלדה: 13/01/1965	מין: נ
כתובת: 0011851912	הנביאים 42/1, ראש העין
מיקוד: 4804045	טל. עבודה/נייד: 0544429928

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: כאבים בצוואר לאחורית תאונת עבודה

ממצאים: ע"ש צווארי - רגישות עפ"י חוליות ושרירים אחורים ללא חסר מירולוגי, כח גם תקין ושונה דו צדדי, הגבלה בימנית בתנועות העיקר ברוטציות, הכאב מקרין לכתפיים לפיזיותרפיה

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (07/2022)
- OBESITY (02/2020)

רגישויות: 24/10/2022 - IOD - סחרחורת והתעלפות

רגישויות לתרופות: הקאות - 10 - RESPRIM FORTE - 11/01/2004



תרופות קבועות:

DUPLEX 160/10 X28 1X1X90
VITAMIN D3 1000IU X30 1X1X90
CRESTOR 10MG X 28 1X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לצוואר - לטיפול בכאבים, חזק שרירים ושיפור טווח תנועות מבקש לקבל בדחיפות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/12/2022 עד תאריך - 06/06/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

08/12/2022

ד. אלק
אורטופד מומחה מנתח
מ.ר. 14617
12738

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

נספח 3 :

יפוי כח ווסר חתומים

(עמודים 30 עד 32)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

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

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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ **עוזר אריותל פריינדל** חתימה: _____ X
מס' דיווח: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אלכסנדר זאבניק זאבניק,
ת.ז. מס' 219185010, מרחוב ה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

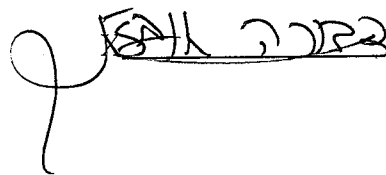
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 70 לחודש 12 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

