

תאריך חתימת המסמך 25.7.23

**התובעת:** **הדר חג'מי, ת"ז 208540799**

דב הוז 8, אור יהודה  
טלפון: 0547124004

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)  
ו/או יגאל רסקין  
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 –

**הנתבעת:** **ליברה חברה לביטוח בע"מ**

מרחוב הרוקמים 26, חולון  
טל': 073-3949222; פקס: 073-3949229  
דוא"ל: [libra@lbr.co.il](mailto:libra@lbr.co.il)

### **כתב תביעה**

סוג התביעה ונושאה: פל"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.



(1) בעלי הדין :

1. התובעת, ילידת 17/2/1997, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב הנושא מ"ר 99-271-11 (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.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

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

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

7. בתאריך 24/6/22, בסביבות השעה 14:00 או בסמוך לכך, ביציאה מאור יהודה לכיוון פתח תקוה, בזמן עמידה ברמזור, בהיסח הדעת פגעה ברכב שעמד מלפניה והתובעת נחבלה בגופה (להלן: "**התאונה**").
8. התובעת הייתה המומה, מהרכב המעורב יצא אדם מבוגר שראה את מצוקתה, הרגיע אותה ואמר שלא תהיה בלחץ וכי רכבו כמעט ולא ספג פגיעה ולאחר מכן נסע מהמקום.
- רצ"ב צילום רישיון נהיגה ותוצאות שאילתא מאתר קרנית, מסומנים "**כנספח 1**".
9. התובעת אשר קיוותה כי המדובר הוא בכאבים אשר יחלפו שהתה במנוחה ונטלה משככי כאבים, משלא חלפו כאבי הראש, כמו גם, הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר והגב, אלא, החמירו, פנתה לקבלת טיפול רפואי במסגרת קופת החולים, היא נבדקה ע"י אורתופד אשר הפנה אותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.



10. נוכח הימשכות הכאבים והקושי בתפקוד הוחלט להפנותה, בין היתר, לטיפול במסגרת מרפאות כאב.
11. התובעת סבלה מהחמרה בכאבי הראש והוחלט להפנותה למיון והמשך טיפול נוירולוגי. התובעת נבדקה ע"י נוירולוג המליץ על ביצוע טיפולי רפואה משלימה בשל כאבי הצוואר ונוירולוגיה עורפית.
12. התובעת המשיכה במעקב רפואי, הופנתה לביצוע בדיקת EMG, המשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה והמשך טיפול שמרני.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספה 2".
13. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף, מקושי בהרמה ובנשיאת משקלים, מכאבי ראש, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.
14. התובעת עובדת כסייעת בגנים עירוניים וממתינה לתחילת לימודים אקדמיים, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לה הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
16. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.



### חלק 3

#### (4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
18. להלן פירוט נזקי התובעת:

#### א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 60,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 8,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 6,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 5,500

#### 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 נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, 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               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1:</a> <a href="#">חבות</a> (עמודים 7 עד 9)                            | <a href="#">7</a>  |
| <a href="#">נספח 2:</a> <a href="#">תעודות רפואיות</a> (עמודים 11 עד 22)                | <a href="#">11</a> |
| <a href="#">נספח 3:</a> <a href="#">טופס 1 - מינוי מומחים - ליברה</a> (עמודים 24 עד 24) | <a href="#">24</a> |
| <a href="#">נספח 4:</a> <a href="#">תצהיר יפוי כח ווסר</a> (עמודים 26 עד 29)            | <a href="#">26</a> |



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 9)





קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים  
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975  
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינשטיין (קומה 17) תל אביב 6137401  
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 27/07/2023  
מספר סימוכין 234208

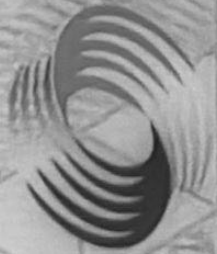
לכבוד  
אריאל פרייברג

**הנדון: מסירת מידע מהקרן**  
**לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מהקרן), תש"ע - 2010**

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום 27/07/2023 ביחס לרכב מעורב מס' 9927111 בתאונת דרכים מיום 24/06/2022. שם הנפגע: הדר חגמי.
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך, אותרה/ו במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל רשומה/ות הנוגעת/עות לביטוח רכב חובה העשויה/ות להיות רלבנטית/יות לפנייתך כדלקמן:  
**בחברת ליברה חברה לביטוח בע"מ מס' פוליסה – 1971448742021**
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.
6. מומלץ לפנות ישירות לחברת הביטוח הנזכרת לעיל על מנת לוודא את הכיסוי הבטוחי ונכונות הנתונים הנ"ל.

בכבוד רב,  
קרנית – קרן לפיצוי  
נפגעי תאונות דרכים





**רשיון נהיגה**  
**DRIVING LICENCE**  
**מדינת ישראל**  
**STATE OF ISRAEL**



חג'מי

1. HAJAMI

הדר

2. HADAR

3. 17.02.1997

4. י"א באדר א התשנ"ז

4b. 17.02.2067

5. 9897424

8. הוז דב 8 אר יהודה



4a. 18.03.2022

4d.ID 208540799

0799



0799

9. B

מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית



דף פרטי הביטוח

ביטוח רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון

(נזקי רכוש ונזקי רכוש של צד שלישי)

|            |            |           |             |
|------------|------------|-----------|-------------|
| 17/02/1997 | 208540799  | הדר חגמה  | פרטי המבוטח |
| תאריך לידה | תעודת זהות | שם המבוטח |             |

|                  |                           |                     |              |
|------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| 054-7124004      | nadarhajamaa120@gmail.com | אור יהודה, הוז דב 8 | פרטי התקשרות |
| מס' טלפון סלולרי | כתובת דוא"ל               | כתובת מגורים        |              |

|                                          |                |              |
|------------------------------------------|----------------|--------------|
| החל מ- 23/07/2021 ועד 30/06/2022 (בחצות) | 13971449402021 | מספר הפוליסה |
| תקופת ביטוח                              | מספר הפוליסה   |              |

|                           |          |                                |           |           |
|---------------------------|----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| 9927111                   |          | קיה מוטורס פיקנטו (1248) אוטו' |           | פרטי הרכב |
| מס' רישוי                 |          | שם היצרן והדגם                 |           |           |
| 885140                    | 1370     | פרטי                           | 2014      |           |
| קוד דגם (מחירון לוי יצחק) | נפח/משקל | סוג הרכב                       | שנת ייצור |           |

|                            |                   |           |     |                                |
|----------------------------|-------------------|-----------|-----|--------------------------------|
| מטרות חברתיות ופרטיות בלבד | שם                | ת.ז.      | גיל | מורשים לנהוג ומטרת השימוש ברכב |
|                            | הדר חגמה          | 208540799 | 25  |                                |
| מטרת השימוש ברכב           | מורשים לנהוג ברכב |           |     |                                |

ככל שישנה אי התאמה באחד או יותר מהפרטים המצוינים לעיל אנא יידע אותנו בהקדם האפשרי.

|            |           |                               |            |
|------------|-----------|-------------------------------|------------|
| 1,607 ₪    | 0         | 1,607 ₪                       | דמי הביטוח |
| סה"כ לחיוב | דמי אשראי | סה"כ פרמיה לתקופה של 343 ימים |            |

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 22)





028143

## התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 279457478

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אוננו (קומה 3)

## פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 17/02/1997



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

## מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: רקע רפואי: בגיל 14 עברה ניתוח תיקון הלוקס ואלגוס ד'צ.

ללא רגישות או אלרגיה תרופתית,

ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

ת"ד לפני 12 שנה נהגת שנחבטה קידמית, חבלה טלטולית, כאבי גב עליון ותחתון - עורף, החל לאחר יממה, ממשיכה פעילות, אדוויל ללא הטבה.

ממצאים: במצב כללי טוב; נידוד שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס.

חיצונית - ללא ממצא אקוטי/חריף לקוי (ללא אודם/פריחה, שטף דם, נפיחות או חום מוגבר), בסריקת עמוד השדרה כולל עמ"ש צוארי; חזי; מותני ואגן; טווחי התנועה; סימטריות של עמוד השדרה וכלוב צלעי (מבחן ADAM'S); יציבה; סימטריות גפיים או מגבלות; בדיקה נוירולוגית לרבות של ארבעת הגפיים בטווחי הנורמה; נמצאו בתחום טווח התקין. רגישות על השרירים בגב לאורכו מיאלגית ומימין יותר.

- CERVICALGIA
- BACK PAIN

## אבחנה:

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical
- KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

## בעיות ידועות:

RESTASIS 0.4MLX 30 1X2X30

## תרופות קבועות:

מעשנת: כן

**סיבת ההפניה:** הפעלת עמוד השדרה: נא הפעלת עמוד השדרה לכל אורכו לרבות העמ"ש הצווארי. חיזוק השרירים המיצבים והזוקפים סביבו. שיפור הגמישה; עבודה על טווחים תקינים לפי הכאב והיכולת. נא דגש על שיפור היציבה. (נא המנעות מהגדלת הלורדוזיס המותני) בנוסף לימוד ותרגול חימום שרירים טרם הפעילות הפיזית והרפיות בסופה. הכוונה להמשך פעילות ספורטיבית בריאה באופן עצמאי בהמשך ע"פ חוקי הפיזיותרפיה. אבקש עידוד והדרכה לפעילות ספורטיבית נכונה ובריאה. בעיקר הפעלות עמוד השדרה והגפיים; שיפור יציבה כללית; דגש על רף מאמצים מוקפד והדרגתי. הנחיות למניעת "ניזקי"-פציעות ספורט.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/07/2022 עד תאריך - 02/01/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

06/07/2022

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.



092913

קוד הפניה: 279299356

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 17/02/1997



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

## מכון פיזיותרפיה

לציין שבתאריך 24/06/2022  
הייתה מעורבת בתאונת דרכים  
נהגה באותו ופעה באותו בממול בזמן עמידה באדום  
הייתה עם כגורת בטיחות  
לא נפתחו כריות אוויר  
ללא איבוד הכרה  
נבדקה לאחר התאונה ע"י רופא אחר - ד"ר דותן  
מאז כאבים בגב תחתון  
צוואר וכאב ראש  
מופנת לפיזיותרפיה.

ממצאים: ללא חסר נוירולוגי

ללא הגבלות בתנועות

ללא רגישות וסימני חבלה

אבחנה:

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation subclinical
- LIMB PAIN
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post

בעיות ידועות:

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical
- KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

תרופות קבועות:

RESTASIS 0.4MLX 30 1X2X30

מעשנת: כן

## סיבת ההפניה: לצורך טיפול תומך ושחרור שרירי גב

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/07/2022 עד תאריך - 02/01/2023

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

06/07/2022

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.



028143

**קוד הפניה:** 286647232**טלפון:** 03-5304111**פקס:** 03-5304103**כתובת:** ירושלים 39 קרית אונן (קומה 3)**פרטי הנבדק:****ת.ז.:** 208540799**שם פרטי: הדר****שם משפחה: חג'מי****טל.עבודה/נייד:** 0547124004**טלפון:** 035333954**מין:** נ**ת.לידה:** 17/02/1997

0208540799

**מיקוד:** 6020808**כתובת:** הוז דב 8, אור יהודה**התייעצות מומחה****- במכבי****טיפול בכאב****תחום שירות:****סוג הייעוץ: רגיל****גורם משלם:** 5 תאונת דרכים**תלונות:** בביקור בתאריך 06/07/2022 בשעה 20:33:53

רקע רפואי: בגיל 14 עברה ניתוח תיקון הלוקס ואלגוס דו'צ,

ללא רגישות או אלרגיה תרופתית,

ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

ת"ד לפני כ-12 יום כנהגת שנחבטה קידמית, חבלה טלטולית, כאבי גב עליון ותחתון - עורף, החל לאחר יממה, ממשיכה פעילות, אדוויל ללא הטבה.

בביקור בתאריך 25/08/2022 בשעה 20:33:12

החלה פיזיותרפיה - פעילה ללא ספורט עצמאי, ללא התפתחות חריגה או חדשה ללא ערוב נוירולוגי, ללא נוגדי דלקת.

**ממצאים:** בביקור בתאריך 06/07/2022 בשעה 20:33:53

במצב כללי טוב; ניוז שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס.

חיצונית - ללא ממצא אקוטי/חריף לקוי (ללא אודם/פריחה, שטף דם, נפיחות או חום מוגבר), בסריקת עמוד השדרה כולל

עמ"ש צוארי; חזי; מותני ואגן; טווחי התנועה; סימטריות של עמוד השדרה וכלוב צלעי (מבחן ADAM'S); יציבה; סימטריות

גפיים או מגבלות; בדיקה נוירולוגית לרבות של ארבעת הגפיים בטווחי הנורמה; נמצאו בתחום טווח התקין. רגישות על

השרירים בגב לאורכו מיאלגית ומימין יותר.

בביקור בתאריך 25/08/2022 בשעה 20:33:12

במצב כללי טוב; ניוז שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס.

ללא חוסרים שהם - טווחים מלאים לכלל העמ"ש והמפרקים הגדולים, גמישה ללא כאב ממוקד או אחר כמשמעותי.

**אבחנה:**

- CERVICALGIA
- BACK PAIN

**מעש/ת: כן**

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical
- KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

**בעיות ידועות:**

RESTASIS 0.4MLX 30 1X2X30

**תרופות קבועות:****מטרת ההפניה:** בדיקה ויעוץ



028143

קוד הפניה: 286647232

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונו (קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

17/02/1997

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0208540799

**התייעצות מומחה**

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

25/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

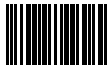
אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2022 עד תאריך - 21/02/2023





0317205185



031652

קוד הפניה: 292859974

טלפון: 03-6660700

פקס: 03-7178347

כתובת: דרך יצחק רבין 1, פתח תקווה

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 17/02/1997



0208540799

מיקוד: 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

## חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 17/10/2022 בשעה: 15:36 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

**תלונות:** במשך כ-4 ימים כאב ראש, כעת ברכות, לא נעשתה מדידת חום בבית. בנוסף, עם בחילה, שוללת חבלת ראש לאחרונה. ברקע: בת 25, בריאה בד"כ לא מעיר משינה, היו בחילות ללא חום,

**ממצאים:** בבדיקה נירולוגית-עירני, אשונים שווים ומגיבים לאור, ע.ץ קראניאלים תקינים, טונוס וכוח גס תקינים, ללא סימני צד, רפלקסים גדיים תקינים, ללא סימנים צרבלרים, הליכה יציבה, אצבע-אף תקין. ללא ניסטגמוס

## טיפול אחות

## מידות:

| תאריך      | שעה   | מדידה       | תוצאה                           |
|------------|-------|-------------|---------------------------------|
| 17/10/2022 | 14:25 | לחץ דם      | 101/68                          |
| 17/10/2022 | 14:25 | דופק        | 69                              |
| 17/10/2022 | 14:26 | חום         | [P.O] 37                        |
| 17/10/2022 | 14:26 | אומדן נשימה | סטורציה: 98<br>מס. נשימות בדקה: |

## טיפול אחות

| תאריך      | שעה   | התערבות                   | תוצאה | הערות |
|------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| 17/10/2022 | 14:24 | הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד |       |       |
| 17/10/2022 | 14:26 | מיון ראשוני - TRIAGE      |       |       |

• HEADACHE

אבחנה:

• HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical  
• KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

בעיות ידועות:

RESTASIS 0.4MLX 30 1X2X30

תרופות קבועות:

מעשנות: כן

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

המשך בירור וטיפול לפי הצורך,  
תודה רבה, ברכה והצלחה

**\*\* הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. \*\***  
**תוקף הפניה זו לתאריך 18/10/2022 בשעה 15:36:39**

תאריך: 17/10/2022

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ד"ר פילונבסקי קלמן

משפחה, פנימית וכללית



0317205185



031652

קוד הפניה: 292859974

טלפון: 03-6660700

פקס: 03-7178347

כתובת: דרך יצחק רבין 1, פתח תקווה

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 17/02/1997



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

### חדר מיון

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

17/10/2022

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

חבר מכבי יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות





025047

התמחויות:

מומחה בנוירולוגיה

קוד הפניה: 297425851

טלפון: 03-7323311

פקס: 03-7322929

כתובת: דרך יצחק רבין 53, קניון גבעתיים (קניון גבעתיים, קומה 5)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

17/02/1997

ת.לידה:



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

**רפואה משלימה**

תלונות:

בת 25, לפני כחודש חשה בכאבי הראש לוחצים בעיקר מצחים או רקתים ויותר מימין, מלווים בבחילות לפעמים. שוללת לאחרונה חבלת הראש או מחלת חום. ב-09.11.22 ביקרה אצל נוירולוג ד"ר מינא יאיר- ללא ממצא בבדיקה. אז כאבי הראש פסקו וחזרו לפני מספר ימים במחצית הימנית של הראש וגם בצוואר והגרונ, הכאב אינו קבוע, ללא תסמינים נילווים. ברקע- פעילות יתר של בלוטת התריס תת-קלינית (מעקב, ללא טיפול).

ממצאים:

דיבור והבנה תקינים. פנים סימטריות, תנועות העיניים תקינות, עצבי הגולגולת תקינים. תחושת הפנים תקינה. החזרים גדים ללא הבדלי צד. ללא סימנים פירמידליים. ללא סימנים צרברלים. ללא קשיון העורף. רגישות במישוש של שרירים של הצוואר. רגישות די חמורה במישוש נקודת "יציאה" של greater occipital nerve מימין.

אבחנה:

- OCCIPITAL NEURALGIA Right
- CERVICALGIA
- HEADACHE

בעיות ידועות:

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical
- KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

מעשנת/ כן



| פירוט | קוד | הבדיקה הדרושה                |
|-------|-----|------------------------------|
|       |     | טיפולם במסגרת הרפואה המשלימה |

**הנחיות הרופא:** ממליץ על רפואה משלימה (דיקור סיני, עיסוי, רפלקסולוגיה ועוד) בשל כאבי הצוואר ונוירלגיה עורפית.

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

15/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555\* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/11/2022 עד תאריך - 14/05/2023



092913



קוד הפניה: 319208337

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

17/02/1997

ת.לידה:



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

## התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

## סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 21/12/2021 בשעה 13:01:50

בת 24, בריאה.

במסגרת בירור במשך שנה עקב פלפיטציות לסירוגין, אירועים של פרא-סינקופה, עליה וירידות במשקל - נמצאת בעיה בודדת - TSH מתחת לנורמה, T3-4 תקינים במשך שנה. אין סימנים אחרים של פעילות יתר נשלים בירור ע"י US, רמות נוגדנים, יעוץ אנדוקרינולוגי.

בביקור בתאריך 14/03/2022 בשעה 11:24:08

בדיקות חוזרות - TSH נמוך, NORMA, T2-3

נשלים בירור ע"י US בלוטת התריס

כמו כן - בדיקות לקו היפופיזרי

בביקור בתאריך 25/04/2022 בשעה 10:35:02

בבדיקות מעקב - ממשיכה להוריד TSH, T3-4 תקינים

US -

אונה ימנית: בגודל תקין. עם מרקם אחיד. עם זרימת דם תקינה באונה.

\*הודגמה קשרית ספוגית בקוטר כ- 0.7 ס"מ. TR-1.

אונה שמאלית: בגודל תקין. עם מרקם אחיד.

\*הודגמה קשרית ציסטית וסולידית והסתיידויות בתוכה עד לגודל כ- 1.9\*1.1 ס"מ. TR-2-3

\*הודגמה קשרית ספוגית בקוטר כ- 1 ס"מ. TR-2.

איסטמוס- בעובי תקין.

בלוטות רוק - תת לסתיות ופרוטיס בגודל ומרקם תקינים דו"צ.

קשריות לימפה - ללא עדות ל-לימפאדנופתיה צוארית.

\*בסריקה הנוכחית- אין עדות סונוגרפית להגדלת בלוטת הפרא-טירואיד דו"צ.

לסיכום: - קשריות בשתי האונות של בלוטת התריס - למעקב קליני וסונוגרפי.

בביקור בתאריך 16/05/2022 בשעה 12:14:56

נבדקה ע"י אנדוקרינולוג -

לסיכום Subclinical hyperthyroidism מאז 2020

מטופלת צעירה ללא גורמי סיכון אינה טכיקרדית משקל יציב, יש שאר תלונות לא ספציפיות- תאבון מוגבר אך ללא שינוי במשקל.

דופק עולה כשהיא עצבנית. זיעה קרה לפני חודשיים- חלפה.

ישנם אדנומות בסונר שהם בסיכון נמוך

לעיתים מדווחת על תחושת חרדה שמלווה אליה דופק מהיר.

אין אינדיקציה לכל טיפול בשלב זה לבלוטת התריס

אך כן מומלץ מעקב תפקודי תריס אחת ל 3-6 חודשים דרך רופא משפחה או מוקדם יותר במידה ומפתחת תסמינים של פעילות

יתר- פלפיטציות במנוחה, שלשול, ירידה במשקל אי סבילות לחום.

ומעקב אנדוקריני לפי צורך.

\*\* המשך טיפול ובירור חרדה אצל רופא משפחה

\*\* קשריות בבלוטת התריס low risk מעקב סונוגרפי בעוד שנה וביקור חוזר לאחריה עם מעבדה עדכנית לת.תריס.

\*\* הפסקת עישון

+++++

תלונות על כאבים רגליים מעל שנה, סימטרית, דו צדדי

מציינת כאבי גב תחתון

מופנת לצילום, EMG, יעוץ אורתופדי

בביקור בתאריך 06/07/2022 בשעה 09:10:18

צילום ע"ש תקין



092913



קוד הפניה: 319208337

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 17/02/1997



0208540799

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

**התייעצות מומחה**

בדיקת EMG - תקינה  
עדיין לסירוגין כאבי גב תחתון וגם צוואר.  
לציין שבתאריך 24/06/2022  
הייתה מעורבת בתאונת דרכים  
נהגה באותו ופעה באותו בממול בזמן עמידה באדום  
הייתה עם כגורת בטיחות  
לא נפתחו כריות אוויר  
ללא איבוד הכרה  
נבדקה לאחר התאונה ע"י רופא אחר - ד"ר דותן  
מאז כאב'ים בגב תחתון  
צוואר וכאב ראש  
מופנת לפיזיותרפייה.

בביקור בתאריך 01/08/2022 בשעה 10:30:18  
ממשיכה טיפול בפיזיותרפייה, נבדקה ע"י אורתופד  
כמו כן - בביקור זה - נשגיח אחרי תפקודי בלוטת התריס  
בגין חוסר תגובה לטיפול מבחינת כאבי גב - מופנת למרפאת כאב

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 11:06:30  
לאחרונה כאבי ראש פרונטליים נלווים בבחילות, נבדקה במוקד, טופלה ברוקסט - הטבה זמנית.  
אבחנת עבודה - מיגרנה.

בביקור בתאריך 06/12/2022 בשעה 10:38:38  
נבדקה ע"י נוירולוג - רושם לנוירלגיה אוקציפיטלית, בינתיים ללא טיפול

בביקור בתאריך 04/04/2023 בשעה 12:24:33  
ממשיכה לסבול מכאבי גב, מבחינת כאבי ראש - שיפור ניכר  
תחזור למעקב אורתופדי, מרפאת כאב  
בנוסף - לפני 4 חודשים נתקעה במעלית בקניון, מאז מפחדת לכנס למעלית, סולת מחרדות.  
מופנה ליעוץ פסיכולוגי

אבחנה:

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation subclinical
- LIMB PAIN
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS Status Post

מעשנת: לא ידוע

- HYPERTHYROIDISM NOS In Investigation (12/2021) subclinical
- KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA (09/2020)

בעיות ידועות:

OPTILAST EYE 6ML 1X2X30  
PROTOPIC 0.1% 30G X2X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

תאריך: 04/04/2023

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



092913



קוד הפניה: 319208337

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208540799

שם פרטי: הדר

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0547124004

035333954

טלפון:

מין: נ

17/02/1997

ת.לידה:

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:



0208540799

### התייעצות מומחה

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

04/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/04/2023 עד תאריך - 01/10/2023



# מכבי טבעי

## רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרפאת קריית אונ, רח ירושלים 39, טל' 03-6225088 פקס 03-6225089  
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: חג'מי הדר [208540799]

| # | מרפאה    | תאריך      | יום | שעה   | רופא/מטפל       | טיפול               |
|---|----------|------------|-----|-------|-----------------|---------------------|
| 1 | קרית אונ | 13/07/2022 | ד   | 19:20 | רויזמן ויקטוריה | טווינא              |
| 2 | קרית אונ | 13/07/2022 | ד   | 19:45 | שי (שעין) מיכל  | דיקור (אקופונקטורה) |

דיקור (אקופונקטורה): 1, טווינא: 1

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמיכה על רצף המטופל, חשוכה להשגת שיפור בריאות. אם בכוונתך לשנות את מועד הטיפול יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,

צוות מרפאת "מכבי טבעי קריית אונ".

התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי [www.maccabivivi.co.il](http://www.maccabivivi.co.il)

חתימה  
א.מ.מ.כ

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

קבלה 2101200090510 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדינת ישראל: קרית אונו

תאריך: 11/07/2022

עבור: חג'מי הדר, ת"ז: 208540799, ח.פ.: , כתובת: הוז דב 8, אור יהודה

הערות: 1 יעוץ + 1 דיקור + 1 טוינא

מקושר ל:

סוג:

סוג תשלום

243.00 ₪

מזומן

סה"כ: 243.00 ₪

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנו המבצע.
- למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים ששולמו וטרם ניתן טיפול בגינם. במידה והמטופל יודיע על הפסקת הטיפולים - היתרה הכספית תוחזר במלואה (בערכי קרן בלבד).
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות. הודעה זו תחול אם נקבע אחרת בחוק.
- ברכישת צמחי מרפא - לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה. הודעה זו תחול אם נקבע אחרת בחוק.

מכבי טבעי  
מדינת ישראל: קרית אונו  
תל אביב 39, קרית אונו  
טל. 03-6225088

הופק על ידי: פוקר אורית 11/07/2022 20:58

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - ליברה

(עמודים 24 עד 24)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 23/

בבית משפט השלום  
בכפר סבא

הדר חג'מי - נ ג ד - ליברה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי ובתחום הניירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגעה טופלה במסגרת קופת החולים מכבי.

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 4 :

תצהיר יפוי כח ווסר

(עמודים 26 עד 29)



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

## תצהיר

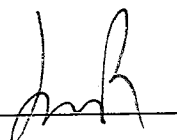
טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ג'ר ח'ג' בעל ת.ז. 208540799 התובע בתיק \_\_\_\_\_ בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהזוהרתי 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: ניתה ג'3'ק שקצ'ה המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ המחלה: ניתה נכ'ל רל' המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ המחלה: \_\_\_\_\_ המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):  
 תאריך: \_\_\_\_\_ הפגיעה: ח'ק 36 י'ז המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ הפגיעה: \_\_\_\_\_ המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ הפגיעה: \_\_\_\_\_ המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_

X   
 חתימה

## אישור

אני הח"מ עו"ד אז'טל מ'ר'ב מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 24/7/23 הופיע/ה בפני יד' ח'ג' (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 208540799 ולאחר שהזוהרתי/ויה 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

## טופס בקשת מידע רפואי וזיתור 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> |
| ר. רז           | 8              | 208590799         | ר. רז         |
| רחוב            | מס'            | מיקוד             | טלפון         |
| מס' 8           | מס' 8          | מס' 8             | מס' 8         |

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_

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

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 24/7/25 עד לחתימה ומס' \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

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

## י פ ו י כ ח

ת"ר ח"ט  
20540797

אני הח"מ, \_\_\_\_\_, מרחוב \_\_\_\_\_, ת"ר ח"ט \_\_\_\_\_, ת.ז. מס' \_\_\_\_\_, 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 וחובע 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 והדרושות 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 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 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.

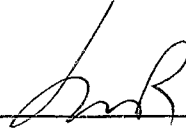
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 ולחיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 7 שנה 23

X  חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד  
עו"מ.ד. 62254

