

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

27.8.23

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
גילת שר שלום, עו"ד
גרוס אורעד שלימוף ושות'
באמצעות דוא"ל main@goslaw.co.il

ח.נ. שלום רב,

הנדון : נגה נמיר (מימון), ת"ז 209385327
רשלנות רפואית – שערי צדק

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 13.8.23 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן :

1. בפתח הדברים אציין כי הנחתי שכוונתכם למרשי שבנדון ולא למר נתן לוי אשר נכתב בנדון על ידכם.
2. מצ"ב טופס ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי מרשתי ומאומת ע"י הח"מ.
3. אין בידי תיעוד רפואי פסיכיאטרי והאמור במכתבי אשר נשלח למרשתכם מתאר את מצבה הנפשי בעטיה של הרשלנות כאמור. ככל ויהיה בכך צורך, כמצוות התקנות תצרף מרשתי חוות דעת רפואית להוכחת טענותיה שברפואה בתחום זה.
4. הפסדי השתכרותה לעבר נובעים מחמת הרשלנות המיוחסת למרשתכם על כל המשתמע מכך כפי שתוארו במכתבי. אלה, כמו גם דו"ח רציפות ופירוט תעסוקתי יפורטו במסגרת תחשיב הנזק ככל והדבר יגיע לפתחו של בית המשפט.

5. מכתבי וניסיון להגיע לפשרה מחוץ לכותלי בית המשפט הנכבד באו לעולם במתכונתם הנוכחית וכנוסחם בשל ביטויי הרשלנות כפי שפורטו במכתבי והתנהלות מרשתכם בניגוד לחוזרי הר"י וסטיה חריגה מסטנדרט "הרופא הסביר" (ואף רופא כלשהו...) והסכום הנקוב מגלם את נזקה הלא ממוני ונזקיה הממוניים "בצורה מאוד שמרנית", לצרכי פשרה בלבד והכל כפי שפורט במכתבי.

6. אודה לקבלת עמדתכם העניינית לסילוק תביעתה מחוץ לכותלי בית המשפט הנכבד.

7. כן, כמצויין בסעיף 30 למכתבי, אודה לטיפולכם המסור בקבלת מלוא התיעוד לרשותי.

8. לעיונכם, טיפולכם המסור וקבלת עמדתכם אודה.

בכבוד רב וב"ח
אריאל מרזוק, עו"ד
מ.ר. 62254
אריאל מרזוק, עו"ד

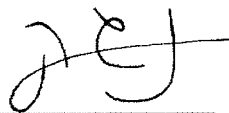
כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד :

משרד עו"ד גרוס, אורעד שלימוף ושות' ו/או עו"ד סיגל שלימוף ו/או עו"ד ענת סטרשנוב-וקסלר
ו/או עו"ד גילת שר שלום

להלן: "המבקש"

אני הח"מ _____ נותן בזה רשות לעובד רפואי או למוסד רפואי, לרבות תיק גנטי ולרבות תיק פסיכיאטרי, או למוסד ביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור למבקש את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאים או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כללים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תחיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.



חתימה

27/8/23

תאריך

209395327

שם משפחה

מס' ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____

שם הקופה _____ סניף _____ מס' פנקס חבר _____

שם הרופא המטפל _____

שם חעד לחתימה _____ חתימת עד לחתימה _____
מ.ר. 62254