

1.10.23

לכבוד
Wesure חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפרשה בלבד

ח.ג.,

הנדון : תאונה מיום 22/12/22
רכב נושא מ"ר : 182-10-902
הנפגע : עידו מטיס, ת"ז 32400681

הנני מייצג את מרשי הנפגע שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן :

1. בתאריך 22.12.22 בסביבות השעה 17:30, או בסמוך לכך, בקילומטר מס' 155 בכביש 6, היה מעורב הרכב שבנדון עם רכב הנושא מספר רישוי 239-47-002 ומרשי נפגע ונחבל בגופו (להלן : "התאונה").

*רצ"ב אישור משטרה ותמונות מהזירה, מסומנים "1".

2. לאחר התאונה טופל מרשי בבית החולים הלל יפה, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב ובגפיים. כן, אובחנו חבלות בצלעות, סחרחורות וצפצופים באוזניים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני ומשנשללו שברים, שוחרר מרשי לביתו בהמלצה להמשיך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

3. מרשי המשיך מעקב רפואי במסגרת קופת החולים, הוא הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב והמלצה למנוחה והמשך מעקב.

4. מרשי אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני, כמו גם הפרעות בשמיעה וטנטון נבדק ע"י מומחה אא"ג אשר הפנה אותו לביצוע בדיקת שמיעה וטימפנומטריה.

5. נוכח הימשכות הכאבים וההגבלות ניתנו למרשי מרשמים להמשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב, תעודות מחלה בהתאם להתקפות כאב וקושי בתפקוד.
6. הכאבים כמו גם הטנטון בעטיה של התאונה לא חלפו ומרשי פנה לקבלת טיפול רפואי וניתנו לו בנוסף למשככי הכאבים טיפול תרופתי לצורך שינה והרגעה.
רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "2".
7. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהפרעות בשמיעה, קשיי שמיעה וטנטון, מקושי בישיבה ועמידה ממושכות, קושי בכיפוף וכריעה, קושי בהרמת משאות, קשיי ריכוז, טנטון בלתי פוסק, קשיי הירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזדקק להם גם בעתיד.
8. מרשי עובד בתפקיד ניהולי בחברה בטחונית, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת וריכוז, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
9. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת יזקק לכך גם בעתיד.
10. לאחר התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות.
11. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי בסך 165,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.
12. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.
- רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.



בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 5 עד 6)	5
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 8 עד 19)	8
נספח 3: יפוי כח ווסר (עמודים 21 עד 23)	21



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 5 עד 6)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

3136/2023 ת.ד., כללי א 02/01/2023, ט' טבת תשפ"ג, 13:09	מספר תיק פלא סיווג תיק מס' מסמך בתיק תאריך	שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף משטרת חדרה כביש 4 הישן חיפה – תא 046327400 046327211 bohanim.hadera@police.gov.il	יחידה כתובת טלפון פקס דואל
---	---	--	--

לכל המעוניין

17:27

בשעה

22/12/2022

1. תאריך
התאונה:

2. מקום התאונה:

בכביש בין עירוני כביש מס 6 ק"מ מס 155.0

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	18210902	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	קיה סלובקיה
חברת ביטוח	we sure	מספר פוליסה	100022726390500	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	32400681	מטיס עידו	06/06/1975	משמרות, משמרות 0	הלל יפה - חדרה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	7306578	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יונדאי צ'כיה
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						

פרטי הרכב:

מספר רכב	23947002	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	רנו טורקיה
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:	02/01/2023
--------------	---	-----------	--------	---------	------------

פרטי המטפל בתיק

מ"א	973081	שם משפחה	דהרי	שם פרטי	אביטל
-----	--------	----------	------	---------	-------

פרטי השוטר המוסר

רסב

דהרי

אביטל

973081



אילן זהיר

דרגה

שם משפחה

שם פרטי

מספר אישי

שלוחת בוחנים חדרה מחוז חוף

חוקר/בוחן תנועה ותאונות דרכים

חתימה
02/01/2023 13:09

מקום שרות

תפקיד



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 8 עד 19)





מחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר ג'לאל מ.ר. 18795	אח/ות אחראית: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 22:30 22/12/2022

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11562567

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

שם משפחה: מטיס	שם פרטי: עידו	ת. זהות: 32400681
מין: זכר	ת. לידה: 06/06/1975	גיל: 47
כתובת: משמרות 0 משמרות משמרות 3784000	טלפון: 054-5818184	שם האב: מרדכי
מצב משפחתי: נשוי/אה	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 22/12/2022 שעה: 19:54

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 22/12/2022

יעד שחרור: לביתו/ה

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

המרכז הרפואי הלל יפה
משרד קבלת חולים
22-12-2022
שחרור

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING UNSPECIFIED PERSON	E819.9			✓			
CERVICALGIA	723.1						

תלונה עיקרית

ת.ד.

מחלה נוכחית

בן 47, ללא מחלות רקע ידועות פנה למיון לאחר שלדבריו היה מעורב בתאונת דרכים אחורית, כנהג חגור. ללא חבלת ראש חזה או בטן מאג'ורית
ללא איבוד הכרה בחילות או הקאות. מלין על כאבי ראש וצוואר וגפיים.

במיון יציב מדדים שמורים ללא חום בבדיקתו ללא כל ממצא מכווין כירורגי חריף.

מדדים

דופק	סטורציה
77	98

בדיקה גופנית

נבדק: ק

מצב כללי: ללא סימני מצוקה

עור: ללא כחצ

בית חזה וריאות אורור ריאתי תקין ללא סימני חבלה

לב וכלי דם הולם חוד הלב תקין

בטן רכה ללא סימני חבלה

נוירולוגית ללא חסר גס

יעוצים

פרטי המבקש: דר' טקסירו עופר מ.ר. 1131727

תאריך: 20:30 22/12/2022

מחלקה מיעצת: מיון אורתופדי

הגדרת הבעיה: היום היה מעורב בתד מצוין צפצופים באוזניים, כאבים בעמ"ש צווארי ומוותני ובצלעות מימין.

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
בבדיקה - עמ"ש צווארי/מוותני - ללא דפורמציה או סימני חבלה, ללא רגישות מעל החוליות, רגישות פרה ספינלית דו"צ, הגבלה אנטלגית בטווח תנועה. ללא חוסר NV בפיזור C5-S1 צילומים - ללא עדות לשבר, צילום דגס תת מיטבי אך לאור חוסר קליניקה לא נחזור על הצילום משוחרר מבחינה אורתופדית עם ההמלצות הבאות: מעקב רופא מטפל אנלגטיקה לפי הצורך	תשובה סופית	22/12/2022 21:58	דר' טקסירו עופר מ.ר. 1131727	

ביצוע תרופות	תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
	ABITREN INJ 75MG/3ML INJ 75 mg	Once	22:23 22/12/2022	INJ 75 mg IM
			אזרייב אלינור מ.ר. 224506	

סיכום ודיון

תאונת דרכים כמתואר, ללא ממצא מכווין חריף בבדיקתו השלים בדיקת אורטופד

נעת ללא רושם לבעיה כירורגית חריפה או צורך בהתערבות דחופה. ישוחרר

סטטוס מטופל בשחרור

יציב

המלצות כלליות

המלצה: משככי כאב ללא מרשם בעת הצורך

המשך מעקב רופא מטפל בקהילה

בכל החמרה לרבות כאב חום וכדומה יש לפנות לסיוע רפואי.

*ראה יעוץ אורתופד לעיל.

רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' המאירי גיל מ.ר. 125270

רפואה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר המאירי גיל מ.ר. 125270	רופא	22/12/2022 22:30

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.





126277

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (מרכז נווה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



0032400681

מיקוד 3784000

משמרת

תאריך הביקור: 26/12/2022

תמצית הביקור מתאריך 26/12/2022 בשעה 12:07

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	צרפתי ארקוקוסיה אחד ליום, זלדיאר עד 3 ביום אופטלגין טיפות עד פעמיים ביום אישור מחלה לשבוע כי לא ציינת תאריכים אולי כדאי להתייעץ עם דייד, פיזיותרפיסט לגבי הכאבים יכול לתת לך תרגילים להקלה לפני שיש החמרה תרגיש טוב. הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ARCOXIA 90MG X 14	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים.	TAB. ETORICOXIB 90MGX14TAB < 1 OP > [74263] * TAB. ARCOXIA 90MG X 14 < 1 OP > [38663]
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP+16 > [6007]
OPTALGIN NEW 500MG/ML	לבליעה 40 טיפות 2 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 5 ימים.	ORAL DROPS DIPYRAZ 500MG/ML < 1 OP > [5253] * ORAL DROPS OPTALGIN NEW 500MG/ML < 1 OP > [58075] ORAL DROPS V-DALGIN 10ML 500MG/ML < 2 OP > [9677]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור מחלה	25/12/2022	29/12/2022

002261320851

פרטי מטופל

שם מטופל: מטיס עידו
ת"ז: 32400681
גיל 47 שנים ו- 7 חודשים
טלפון: 0545818184 , 0545818184

ת"ז
0032400681

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר שמואלי שרון
מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה
טלפון: 04-6164250

מס ביקור
000226132085
פקס: 04-8737483

פרטי מטופל

שם מטופל: מטיס עידו
ת"ז: 32400681
גיל 47 שנים ו- 7 חודשים
טלפון: 0545818184 , 0545818184

ת"ז
0032400681

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר שמואלי שרון
מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה
טלפון: 04-6164250

מס ביקור
000226132085
פקס: 04-8737483

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 26/12/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. etoricoxib 90 mg ETORICOXIB, * ARCOXIA	1 טבליה 1 פעם ביום	14 ימים	1 טבליה				26/12/2022-16/01/2023	TAB 14 - כמות ליפוק: 70 % ** השתתפות עצמית:
tab. paracetamol 325 mg tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR	1 טבליה 3 פעמים ביום	12 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה		26/12/2022-16/01/2023	TAB 36 - כמות ליפוק: 15 % ** השתתפות עצמית:
oral drops dipyrone 500 mg/ml DIPYRAZ, * OPTALGIN NEW, V-DALGIN 10ML	40 טיפות 2 פעמים ביום לפי הצורך	5 ימים					26/12/2022-16/01/2023	TAB 10 - כמות ליפוק: 10 % ** השתתפות עצמית:

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

מ.ר גורם מפנה



ד"ר שמואלי שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (מרכז נווה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



0032400681

מיקוד 3784000

, משמרות

כתובת:

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/12/2022 עד יום: 29/12/2022 סה"כ: 5 ימים.

26/12/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





0017670985



023745



קוד הפניה: 309879509

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (פינת הגליל 18)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



0032400681

מיקוד 3784000

, משמרות

כתובת:

מכון שמיעה

שם המכון: מכון שמיעה אופקים חדרה 04-6225223

מכון צליל 04-6397678 זכרון יעקב

תלונות: לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים 22/12/22 נבדק במיון הלל יפה חש טנטון והפרעה בשמיעה מאז שולל דלקות אוזניים מקודם

ממצאים: ללא נפיחות או רגישות מעל מסטואיד או טרגוס. תעלות שמע חיצוניות ותופיות בגדר הנרומה. ללא רגישות קלה מעל TMJ

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT Status Post
- HEARING LOSS UNS
- TINNITUS

בעיות ידועות:

- DISC HERNIATION - LUMBAR NO MYELOPATHY (11/2020) L3-4
- CERVICALGIA WITH RADICULAR SYNDROME OF UPPE (11/2020) C4-5
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (02/2022)



*	הבדיקה הדרושה
92567	טימפנומטריה
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

01/02/2023

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 - 01/02/2023 עד תאריך - 31/07/2023



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



מיקוד 3784000

משמרות ,

כתובת:

0032400681

תמצית הביקור מתאריך 01/02/2023 בשעה 17:07

תאריך הביקור: 01/02/2023

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות , אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון שמיעה: טימפנומטריה, בדיקת שמיעה מעל גיל 5		

002302029861





126277

ד"ר שמואלי שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (מרכז נווה)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



0032400681

מיקוד 3784000

משמרות ,

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 17/07/2023 בשעה 10:32

תאריך הביקור: 17/07/2023

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
NEXIUM 20MG X 28	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים	* TAB. NEXIUM 20MG X 28 < 6 OP+12 > [2923] TAB. ESOMEPRAZOLE 20MG X 30 < 6 OP > [36177] TAB. ESOPRIM 20MG X 28 < 6 OP+12 > [55166] TAB. ESOPRIM CONTROL 20MG X 14 < 12 OP+12 > [33709]

002459884321



מ.ר גורם מפנה



ד"ר שמואלי שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-81841800

פקס: 073-2284105

כתובת: דרך הבנים 17, פרדס חנה-כרכור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



מיקוד 3784000

משמורת

כתובת: 0032400681

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 16/08/2023 עד יום: 17/08/2023 סה"כ: 2 ימים.

22/08/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





126277

ד"ר שמואלי שרון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 04-81841800

פקס: 073-2284105

כתובת: דרך הבנים 17, פרדס חנה-כרכור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



מיקוד 3784000

משמרות

0032400681

תמצית הביקור מתאריך 22/08/2023 בשעה 14:41

תאריך הביקור: 22/08/2023

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור מחלה	16/08/2023	17/08/2023

002494926001





126277

טלפון: 04-81841800

פקס: 073-2284105

כתובת: דרך הבנים 17, פרדס חנה-כרכור

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32400681

שם פרטי: עידו

שם משפחה: מטיס

טל.עבודה/נייד: 0545818184

0545818184

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1975



0032400681

מיקוד 3784000

כתובת: , משמרות

תמצית הביקור מתאריך 11/09/2023 בשעה 20:00

תאריך הביקור: 11/09/2023

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	כדור שינה לא עדין ולא נחמד יכול לעזור לתקופה קצרה בלבד נתתי לכמה ימים תנסה למספר ימים הגיינת שינה חדר חשוך בלי מסכים שנה טובה. הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
AMBIEN CR 6.25MG X14	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים	* TAB. AMBIEN CR 6.25MG X14 < 1 OP > [89037]

002514111981



נספח 3 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 21 עד 23)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	06	שם פרטי	ז'רז'ה	תעודת זהות	032400671	שם האב	
רחוב	הנריס	מס'	17	עיר	ז'לז'ה	מיקוד	
						טלפון	

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

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

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

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

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

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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

חתימה: _____

X _____

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר, 0.6 מס' 03240067, מרחוב יגורס 17, גמחוז,
 ת.ז. מס' 03240067, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בענין תאונת דרכים מיום
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
 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 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 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.

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 1 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~אריאל מרינגר, עו"ד~~
מ.ר. 62254
עורך-דין

