

כתב תביעה

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בבת ים

התובע: אימאן אלקרינאוי, ת"ז 209528462
משכונה 48/17, רהט

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 –

הנתבעים: 1. חמוד אלקרינאוי, ת"ז 301571238
מרחוב אל סאלח 23, רהט

2. שלמה, חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 513879189
מרחוב היצירה 22, פתח תקווה
דוא"ל: tviot.hova@shlomo-bit.co.il

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

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

סכום האגרה: 710 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל ואימאן אלקרינאוי הגיש 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 לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או הנוהג ברכב הנושא מספר רישוי 45-181-75 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
3. התובע יליד 22.8.97 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסע ברכב.

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבע 1 היה הנוהג או המשתמש ברכב במועד התאונה והנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לן בתאונה.

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

5. בתאריך 24.7.20, בשעה 14:20 או בסמוך לכך, בכביש מס' 264 בקילומטר מס' 196 היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מספר רישוי 12-946-73 והתובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
6. לאחר התאונה פונה התובע באמצעות מד"א והובהל לבית החולים סורוקה, בבאר שבע, שם אובחנו חבלות בגפיים התחתונות, באגן ובגב ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל בדיקות הדמיה, שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת שבוע.
7. נוכח התגברות הכאבים, והחמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות הצוואר והגב כמו גם כאבים והגבלה בתנועות הגפה השמאלית התחתונה פנה התובע פעם נוספת לקבלת טיפול רפואי בבית החולים סורוקה, בבאר שבע ולאחר ביצוע בדיקות שוחרר בהמלצה להמשך מעקב רפואי בקהילה ונטילת משככי כאבים.
8. בנוסף, בעטייה של התאונה החל התובע לסבול ממצב רוח ירוד, חרדה, סיוטי לילה והוא הופנה לקבלת טיפול פסיכיאטרי במסגרת בריאות הנפש.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב ורגל שמאל הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך הכאב, לרבות, זריקה לשיכוך הכאב, המלצה למנוחה והימנעות מהרמת משקל ומאמץ וביצוע בדיקת הדמיה.

10. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע הדגימה בלט דיסק בגובה L4-L5 עם היצרות פורמינלית מימין משמאל. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אך, אלה לא השיגו את מטרותיהם והוא הופנה להמשך טיפול רפואי.

11. התובע המשיך לסבול ממצב רוח ירוד, חרדה, דכאון, קושי בהירדמות ומצוקה והוחלט על מתן תרופות פסיכיאטריות נוגדות דכאון והמשך מעקב רפואי

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

12. לתובע ניתנו חופשות מחלה למן יום התאונה וביום 15.11.20 נבדק ע"י מומחה ברפואה תעסוקתית אשר אישר לו לחזור לעבודתו.

רצ"ב אישור רופא תעסוקתי ותעודות מחלה, מסומנות "כנספח 3".

13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לרגל שמאל, מחרדה, מצב רוח ירוד, סף גירוי נמוך, דכאון, מקושי בהליכה ועמידה ממושכות, מקושי בעליה וירידת מדרגות, מקושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה ממושכת והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובע עובד בבית אריזה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בפעילות פיזית, מתקשה מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות ממושכת במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

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

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 85,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| 15,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 6,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 3,850 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

19. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב במועד התאונה.

20. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

21. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

22. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובע 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 התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 39)	10
נספח 3: רופא תעסוקתי ותעודות מחלה (עמודים 41 עד 62)	41
נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים - שלמה (עמודים 64 עד 64)	64
נספח 5: יפוי כח וסר ותצהיר בריאות (עמודים 66 עד 69)	66

נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 8)

משטרת ישראל
28-07-2020
תחנת דהט

ישראל



משטרת

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
תאריך 27/07/2020 ו' אב תש"פ 15:01
מס' תיק מסוף 1 - 2020 - 2700 - 3408
טלפון 08-6615718
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
נושא המסמך

מספר תיק 455355 / 2020
פלא
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך ת
בתיק
פקס
מייל bohanim.negev@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 24/07/2020 בשעה 14:20
2. מקום התאונה: בכביש בין עירוני כביש מס 264 ק"מ מס 196.2
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים: הערות מקום:

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	מספר פוליסה	סוג לוחית	שם	שנת לידה	חומרת הפגיעה
1294673	פרטי נוסעים	חברת ביטוח	1168775702	ישראלית	יונדאי הודו	23/06/1999	חומרת הפגיעה
(1)	שייך המעורב	נהג	ת.ז. 206431488	קופ"ח / בית חולים	שיר חוגי	22/08/1997	חומרת הפגיעה
(2)	שייך המעורב	נוסע	ת.ז. 209528462	קופ"ח / בית חולים	אימאן אלקרינאוי	14/10/1996	חומרת הפגיעה
(3)	שייך המעורב	נוסע	ת.ז. 316586213	קופ"ח / בית חולים	איאהב אלקרינאוי	27/07/1988	חומרת הפגיעה

כתובת פתח תקווה, העצמאות 67
כתובת רהט, אל סלאח 41
כתובת רהט, אל סלאח 48

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	מספר פוליסה	סוג לוחית	שם	שנת לידה	חומרת הפגיעה
4518175	פרטי נוסעים	חברת ביטוח	1103762700/20	ישראלית	מזדה יפן	27/07/1988	חומרת הפגיעה
(1)	שייך המעורב	נהג	ת.ז. 301571238	קופ"ח / בית חולים	חמוד אלקרינאוי	26/07/2020	חומרת הפגיעה

כתובת רהט, אל סלאח 23
כתובת רהט, אל סלאח 23
כתובת רהט, אל סלאח 23

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 4

מצב התיק: בחקירה

28/07/2020 11:04:11

שם פרטי		שם משפחה		פרטי המטפל בתיק	
ש	י	ש	י	מ"א	959429
שם פרטי		שם משפחה		פרטי השוטף המוסר	
ש	י	ש	י	דרגה	מ"א
				רסב	959429

משטרת ישראל
28-07-2020
תחנת רהט

28/07/2020 11:04:11

From: 10-AUG-2020 18:02

To: 0773180983

Page: 29/35

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 39)

תופק ע"י ד"ר כץ גריגורי 16:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רחוב: 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל המלד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחיות אחראיות רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15:05 24/07/2020 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.II
--	---	--

אבחנה

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 22
ללא מחלות רקע
ללא טיפול תרופתי קבוע

התקבל לאחר מעורבות בתאונת דרכים רב איברית לדבריו
תאונה חזיתית
הובא עם מדא עם צווארן

בבדיקתו יציב המודינמית ומשימתית ללא חום
ראש צוואר: ללא סימני חבלה, מיד צוואר באופן חופשי
פה ולוע: ללא ממצא מיוחד
לב: קולות לב סדירים, ללא אנושות,
ריאות: כניסת אוויר טובה דו"צ, ללא תרחורים,
בטן: בטן רכה, ללא תנגדות
חזה: ללא סימני שפשוף ללא רגישות במישוש
גב: ללא סימני שפשוף ללא רגישות במישוש
גפיים: דפיקים במושב 4 גפיים, מיד גפיים, רגישות במותן שמאלי ורגל שמאל

ת
-ולטרן

-מועבר לאורטופדיה להמשך בירור וטיפול

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטרופיד באוויר חדר	חום PO	VAS
15:13 24/07/2020	86	118 / 70	100	37	2

מהלך ודין

תאריך ושעה **נושא** **גרשם ע"י**

פרטים

24/07/2020 16:17
אורטופד דר' כץ גריגורי בן 22 מותלחן על סאבים בדרך שמאל
לדבריו היום היה מעורב בת"ד כנסע



סורוקה
מרכז רפואי
אורטופדי

סורוקה מרכז
רפואי
אורטופדי

כלית 100 שנה
הכי טובה לנושמה

הופק ע"י ד"ר אלקריסאוי ראנף 00:32 27/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקריסאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רחט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22:03 26/07/2020 מספר ביקור: 2020121488 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

אבחנה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)
- CONTUSION OF LOWER LIMB (Left) (92410)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית
בן 22, לדבריו יומיים טרם קבלתו היה מעורב בת"ד
נסע ברכב ליד הנהג, התנגשות עם רכב אחר
מאז התאונה תלונה על כאבים במפשעה שמאל מקרינים לברך עד לקרסול שמאל
הכאב במאמץ ובמנוחה כאחד
בבדיקה
הולך בצליעה
ללא רגישות בב תחתון, אגן ללא סימני חבלה
רגישות במיפשיה שמאל דיפוזית, ללא סימני חבלה, כאבים בהנעת מפרק ירך שמאל
רגישות בברך שמאל עד לשוק שמאל
ללא נפיחות או סימני חבלה
תנעות כאובות
ללא חסר נוירולגי
צלומים ללא עדות לחבלה גרמית
המלצות
מנוחה לשבוע
נגד כאבים
פיזיותרפיה חיזוק שרירים
מעקב אורתופד בקופח בעוד שבוע
לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	טמפרטורה	תום PO	VAS
22:20 26/07/2020	57	122 / 62	100	36.7	5

ביצוע תרופות

מימן	צורת מימן	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 75 mg	INJ	24/07/2020 15:56	Once Rate from nurse: 0	DICLOFENAC SODIUM INJ 75 mg	

רופא אחראי



הופק ע"י ד"ר נץ בגיגורי 16:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952845 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית: רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 24/07/2020 15:05 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

בבדיקה מצב כללי טוב, יציב, ללא סימן חבלה חיצוני בעור, ללא דפורמציה, נפוחות
כואבות. תנועה במפרקים חופשית. רגישות מעל איזורי החבלה, כאב בהנעת. ללא
חסרים מירוסקולריים.

בצילום אגן - ברך שמאל - ללא נזקת לשבר או פריקה, צל הרוקמות הרכות תקין

Dx: Contusion Lt Thigh

המלצות
נגד כאבים לפי הצורך
מעקב רפואי מטפל
הליכה כפי יכולתו
שימוש מקומי במשחת וולטרן
אם יימשכו הכאבים מעקב אורתופד בקופ"ח

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	וזמנן מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 75 mg	INJ	24/07/2020 15:56	Once Rate from nurse:0	DICLOFENAC SODIUM INJ 75 mg	

רופא אחראי
רופא: עבד אלרחים לרין

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום ברך שמאל	24/07/2020	לא הוקלדה תשובה
צילום אגן	24/07/2020	לא הוקלדה תשובה



סורוקה
מרכז רפואי אוניברסיטאי
מנהל שירות אורטופדי

סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי

כלית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

הופק ע"י ד"ר אלקרינאי ראוף 00:32 27/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרינאי שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר גיל: 22 שם האב:	מנהל שירות אורטופדי: מנהל המלד"ד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22:03 26/07/2020 מספר ביקור: 2020121488 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

רופא: ד"ר אלקרינאי ראוף מ.ר. 111989

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום קרסול שמאל
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום מפרק ירך שמאל
לא הוקלדה תשובה	26/07/2020	צילום ברך שמאל

מכתב נחום ע"י ד"ר אלקרינאי ראוף מ.ר. 111989

בהתאם להנחיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונה, מומלץ לבני 60 ומעלה או אנשים אשר חולים במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות ומגע עם אנשים ששבחו מחו"ל מכל יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית זיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400 *או <https://govextra.gov.il/ministry-of-health/corona/corona-virus/>

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ת, הנך מבטוח/ת, האם המשיך טיפול במרכז הרפואי באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה סורוקה דורש הפניה או התחייבות.



סורוקה מרכז
רפואי
אונקולוגי



המקד "ע"י דר' כץ גריגורי 16:53 24/07/2020

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 15:05 24/07/2020 מספר ביקור: 2020120038 דואר אלקטרוני: MADRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 22/08/1997 תעודת זהות: 20952846 מין: זכר	שם משפחה: אלקרינאו שם פרטי: אימאן כתובת: שכונה 17 רהט 8535700 טלפון: 0542553797 סוג דם: גורם מממן: כללית
--	---	---

חתימה:

מכתב נחתם ע"י דר' כץ גריגורי

בהתאם להנחיות משרד הבריאות למניעת תחלואה מקורונה, מומלץ לבני 60 ומעלה או אנשים אשר חולים במחלות כרוניות כגון מחלות לב, מחלות נשימתיות, דיכוי חיסוני וכד' להימנע מהתקהלויות וממגע עם אנשים ששבו מחו"ל מכל יעד או אנשים אשר יש להם תסמיני תחלואה נשימתית זיהומית. מידע נוסף ניתן לקבל במוקד 5400 * או <https://govextra.gov.il/ministry-of-health/corona/corona-virus/>

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לספל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,

באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הגר מבטח/ת, האם המשר טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התייבות.

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	23.00	22/08/1997	שם האב	אלקרינאוי אימאן
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
רהט	שכונה	רחוב	מס בית	טלפון נוסף	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	
		17 / 48	54 - 2553797	54 - 2553797	

שלום רב,

תאריך הביקור: 30/08/2020

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות		
קוד	אפיון	אבחנה
		HEAVY SMOKER
		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

אבחנות בביקור		
ת.גילוי	אפיון	אבחנה
F419		ANXIETY DISORDER UNSPECIFIED

תרופות בביקור											
P	ת	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה
1	P		0	0	N	יחידה	16	30	D	1	טבליות
											תרופה
											MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
											0.5
											TAB

סיכום ודיון:

בן 23, רווק, ללא ילדים, נמצא בימים האלה בחופשת מחלה לאחר תאונת דרכים (בחזרה מעבודה נסע ברכב של דודו). לדבריו נפגע פיזית - מקות יבשות, לא אושפז אחרי בדיקתו במיון כירורגי.
מתאר החמרה במצבו הנפשי מאז התאונה - חולם על התאונה, במשך היום נזכר בה הרבה, מתאר עוררות יתר, אינסומניה. ללא תיאור של התנהגות המנעותית. היום הגיע לביקור במרפאתנו בליווי האם, בן המשפחה הסיע אותו - ישב ליד הנהג כמו בזמן התאונה, שולל תגובת פחד, המנעות - לדבריו היה בסדר.
בבדיקתו: ערני, נייח, משתף פעולה בבדיקתו. מתמצא בכל המשורים. אפקט אאוטימי יציב ותואם תסן. ללא הפרעות בהליך או בתוכן החשיבה. תפיסה תקינה. ללא אובדנות או אלימות. תובנה ושיפוט תקינים.
לסיכום, מדובר בסימפטומים בודדים של חרדה ואינסומניה אשר התפתחו לאחר תשיפה לאירוע סטרוגני (תאונת דרכים) שעבר אותו ב-24/07/2020. ללא סימפטומים מלאים של PTSD.

סיכום ביקור

אלקרינאוי אימאן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

30/08/2020

00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר אירינה גורשטיין



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 23.00 מין: ז

אלקרינאני אימאן

מס' זהות: 00-20952846-2

ביקור עקב תאונת דרכים

MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

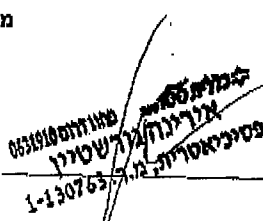
999011368

(MIRO 30MG TAB, MIRTAZAPINE 30 MG TEVA TAB, REMERON 30MG TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 15 יו

טבליות 0.5 א 1 ביום

תוקף מרשם: 29/09/2020 - 30/08/2020



כתובת: שכונה 8 בית 2, רהט

שם הרופא: ד"ר אירינה גורשטיין
תחום: פסיכיאטריה

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית. זאת שאושרה על ידי הקופה לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 30/08/2020

9913

08-9917223

שם: ד"ר חונדרש רימה
תא: רפואת משפחה
מס': 29923
כתובת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
טל': 08-6627222
פקי: 08-6627228
מרכז הריהוט ב' מחוז:דרום

28/08/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.ל.י.ד.	שם האב
אלקרינאי אימאן	00-20952846-2	23.00	2	22/08/1997	
רהט	שכונה	17 / 48		54 -2553797	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 24/07/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433096364

ספר הפניה:

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433096364

תז נבדק



0209528462

מספר רשיון



029923

בוד: פסיכיאטר

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות
70005	99242	בדיקת רופא כללי או רופא מקצועי במרפאה	רפואי
			70005

הריו: מפנה את המטופל הליל להתייעצות בשל

- תלונות:
- 27/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 18/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 16/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 10/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 04/08/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 28/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 27/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך
 - 26/07/2020 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך

תאונת דרכים חזרה מעבודה ביב במיין כירורגי ואורטופדי ללא ממצא מיוחד ללא שברים

לדבריו מאוד כואב לו בעיקר רגל שמאל

היה במוקד רפואי הגיע ללא מכתב הומלץ אנלגטיקה

27/07/2020

נבדק בחדר מיין 27/07/20 צילומים -ללא עדות לחבלה גרמית

הומלץ טפול נגד כאבים

פיזיותרפיה

אורטופד העוד שבוע

28/07/2020

04/08/2020

3 ה.ה.

המסמך מכיל מידע מזגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 3

28/08/2020

הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה

00-20952846-2

הפניה לרפואה יועצת

אלקרינאי אימאן

10/08/2020
 16/08/2020
 לדבריו לא ישן טוב מאז התאונה שולל חלומות או מחשבות על התאונה
 18/08/2020
 27/08/2020
 מכתב מרופא אורטופד 26/08/20 טיפול נגד כאבים המשך
 פיזיותרפיה
 28/08/2020
 מבקשים הפניה לפסיכיאטר

סימ : חיוניים: גובה 156 02/10/2017 משקל 46 02/10/2017 bmi 18.90
 לחץ דם 110 / 70 22/10/2019
 דופק 68 22/10/2019 סדיר

27/10/2019 מתאריך 121.77 eGFR

ממצאים מתאריך 27/08/2020
 ממצאים מתאריך 18/08/2020
 ממצאים מתאריך 16/08/2020
 ממצאים מתאריך 10/08/2020
 ממצאים מתאריך 04/08/2020
 ממצאים מתאריך 28/07/2020
 ממצאים מתאריך 27/07/2020
 ממצאים מתאריך 26/07/2020
 מצב כללי טוב
 רגישות בירך ושוק שמאל
 27/07/2020
 28/07/2020
 04/08/2020
 10/08/2020
 16/08/2020
 מצב כללי טוב
 18/08/2020
 27/08/2020
 28/08/2020

אבר	משוערת	אפיון	אבחנה
L1	78	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS INSOMNIA NOS PTSD

דיון / תוכנית טיפולית
 27/08/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 18/08/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 16/08/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 10/08/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 04/08/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 28/07/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 27/07/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 26/07/2020 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 טיפול סימפטומטי
 ביקורת חפאה מטפלת
 הוסבר למטפל אם ברצונו שיוכר כתאונת דרכים להביא טופס 250
 הוסבר לו לשמור קבלות על תשלומים שקשורים לתאונה כולל תורפות
 27/07/2020

3 י.ה.ר.

הפניה לרפואה יועצת ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***
 דף 2 מ 3
 28/08/2020 הודפס ע"י ד"ר חוגדרש רימה
 00-20962846-2
 ליקריאני אימאן

ההפניות שהופקו ב 27/07/2020:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יעצת -
70017-בדיקת רופא אורתופד
:28/07/2020
:04/08/2020
:10/08/2020
:16/08/2020
חוסבר למטופל לפנות לרפואה מטפלת בנושא
:18/08/2020
:27/08/2020
:28/08/2020

פעילות	בעי
גילוי	אפיין
01/01/20	15
19/03/20	20

נוז לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר חונדרש רימה	29923	מספר רשיון
שם הרופא	מספר רשיון	מתימה וחזרת הרופא

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

3 ר.ר.

פניה לרפואה יעצת
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 3 מ 3
28/08/2020
הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה
00-20952846-2



הזמנה

שם הלקוח:	אימאן אלקרינאוי	מספר זהות:	20952846-2
מועד הביקור:	06/09/20 יום א' י"ז אלול תש"פ	שעה:	10:30
שם הרופא:	גורשטיין אירינה	מקצוע:	בריאות הנפש/פסיכיאטריה
מרפאה:	מרכז בריאות הנפש - רהט	טלפון:	08-9917223
כתובת:	רהט ,		
אוטובוסים:			

הנחיות:

אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:

- באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה
- התקשרות למוקד *2700
- התקשרות למרפאה

חובה להצטייד בכרטיס מגנטי
יש להגיע עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 30/08/2020 10:04:38

30/08/2020

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרכז לרפואה יעצת - רהט
מחוז: דרום

23/09/2020 תאריך

סיכום יעוץ

פרטי המטופל

אלקרינאוי אימאן		00-20952846-2		23.01	22/08/1997	שם האב
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	ת. לידה	שם האב
רהט	שכונה	17 / 48		מין	54 - 2553797	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון	טלפון נוסף

24/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר חונדרש רימה

תלונות: בן 23, סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.

ממצאים: רגישות בצוואר ורגישות פראוירטיבראלית בגב, טווחי תנועה מוגבל עקב כאבים, ללא חסר נוירולוגי.

אבחנה

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
PAIN NECK CERVICALGIA BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		

דיון / תוכנית טיפולית
המשך פיזיותרפיה
משככי כאב/NSAID
מעקב רופא מטפל
להימנע ממאמץ או הרמת משקל כבד.
המשך חופש מחלה חודש נוסף

בברכה,

ד"ר תואפיק אבו קיעאן

שם הרופא

114423

מספר רשיון

סדרן: מרכז רפואי אורית
ד"ר אבו קיעאן תאופיק
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ"ר 114423 מ"ר 14890

חתימה וחזות הרופא

סיכום יעוץ

אלקרינאוי אימאן

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

23/09/2020

הרופא: ד"ר תואפיק אבו קיעאן

00-20952846-2

086627228

02:36

23/09/2020



רפואה איכותית לכל המשפחה

Physician Examination No.: 00019394 בדיקת רופא מס':

Date: 08/09/2020 תאריך:

Arrival Time: 20:28 שעת הגעה:

פרטים אישיים

Name:	שם: אלקרינאוי אימן	ID No:	209528462	ס.ד.הוי:
Address:				תובת: , רהט
Tel: 054 - 2553797	טלפון:	Sex: ז	Age: 23.00	ל:
		Ordered by:		ים המזמין: כללית

Complaints:

תלונות: בן 23, בריא בד"כ, ללא רגישות מ/א תאונת דרכים לפני כחודש וחצי מאז סובל מכאבים בצוואר ובגב תחתון מקרין לרגליים, שולל איבוד שליטה על סוגרים, שולל מחלת חום לאחרונה או ירידה במשקל

Physical Exam:

בדיקה גופנית: מצב כללי טוב ללא סימני מצוקה גב: ללא סימני חבלה חיצוניים, רגישות במישוש ע"ש צוואר/מותני, רגישות במישוש שרירי פאראורטברליים בגב תחתון, SLR חיובי ב 60 מעלות בצי שמאל, שלילי בימין, רגישות בסוף כיפוף, הליכה בצליעה

Diagnosis:

MUSCULOSKELETAL PAIN

Medical Treatment:

Recommendations:

אבחנות רפואיות: טיפול רפואי: המלצות: קיבל זריקה של דיקלופינק, המשך מעקב ובירור במסגרת מרפאת גב כאבים לפי הצורך מעקב אורתופד בכל החמרה במצב לשוב לבדיקת רופא

הופנתה להמשך טיפול ל המשך מעקב רופא המשפחה במרפאתה

Physician's Name:

Licence No.:

Signature:

ד"ר מוחמד ח'אלד ח'אלד
רופא משפחה
מ.ג. 1-149333

שם הרופא: ד"ר מוחמד ח'אלד ח'אלד

מס. רשיון: 149333

חתימה וחותמת:

*** ההפניה למיון תקפה ל- 24 שעות בלבד. *** מסמך זה ונספחיו מכילים מידע רפואי מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

במידה ותחול החמרה במצב, על החולה לפנות מידית למוקד בטל': 054-8913330

In case of medical status deterioration refer immediately to call center tel: 054-8913330



ד"ר אירינה גורשטיין
פסיכיאטריה
130763
שכונה 8 בית 2, רהט

שם זהות
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מרפאה: מרכז בריאות הנפש - רהט מחוז: דרום

תאריך 06/09/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל		אלקרינאוי אימאן	
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	23.00	22/08/1997
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה
רהט	שכונה	17 / 48	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			טלפון נוסף

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/09/2020

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	איפיון	אבחנה
		HEAVY SMOKER
		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

אבחנות בביקור

ת. גילוי	איפיון	אבחנה
F419		ANXIETY DISORDER UNSPECIFIED

סיכום ודיון:

הגיע לביקור חוזר בזמן. מדווח על שיפור מבחינת שינה ותסמיני חרדה בעקבות הטיפול ב-MIRO 15MG. לדבריו עדיין "רועד כשזכר בתאונה". הוסבר על מנגנון למידה - סנסוביליזציה שהוא בבסיס התסמינים. הוסבר על הפרוגנוזה. ימשיך את הטיפול ללא שינוי. ביקור חוזר בעוד חודשיים.

בברכה,

ד"ר אירינה גורשטיין

130763

מחוז דרום 0631910
אירינה גורשטיין
פסיכיאטריה, מ.ר. 1-130763

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



הזמנה

שם הלקוח:	אימאן אלקריבאוי	מספר זהות:	20952846-2
מועד הביקור:	08/11/20 יום א' כ"א חשון תשפ"א	שעה:	11:00
שם הרופא:	גורשטיין אירינה	מקצוע:	בריאות הנפש/פסיכיאטריה
מרפאה:	מרכז בריאות הנפש - רהט	טלפון:	08-9917223
כתובת:	רהט ,		
אוטובוסים:			

הנחיות:

אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:

- באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה
- התקשרות למוקד *2700
- התקשרות למרפאה

חובה להצטייד בכלטיס מגנטי
יש להגיע עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 06/09/2020 10:55:06



העתק 22/11/2020
העתק הודפס ע"י לילך כץ - משורר

שם מטפל	אלבנסאסרה חאלף
תחום	פיזיותרפיסט
כתובת	
טלפון	08-6404122
פקס	08-6404120
מזכירה/מזכיר	מחוז:דרום

תאריך: 22/11/2020

סיכום טיפול

פרטי המטופל				
אלקרינאו' אימאן		00-20952846-2	23.03	ז
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין
שם האב		22/08/1997	ת.לידה	
רהט		שכונה	17 / 48	2553797-54
ישוב		רחוב	מס בית	טלפון
				טלפון גוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 200499953 מספר זיהוי הפניה: 37433095617

תאריך הפניה: 27/07/2020

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונות עבודה.

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר חונדרש רימה

מרפאה: מרפאת רהט ב'

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה;

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7242		LOW BACK PAIN

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 11/08/2020 תאריך סיום טיפול: 22/11/2020

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

ממס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
12	תרגול כללי
12	הדרכה לתרגול בבית
12	הדרכה וייעוץ (לאורך חיים בריא)
1	הערכה מחדש- בדיקה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

2 m 1 qt

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

22/11/2020

00-20952846-2 הודפס ע"י אלנסאסרה חאלף

ס.כ.מ ט.פ.ל

אלקרינאוי אימאן

העתק 22/11/2020

כאבים:

אזור	העתק	לוח זמנים	לוח זמנים
גב תחתון	שמאל	פתיחת הסידרה	סגירת הסידרה
		9	5

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור חלקי במצב, עדיין יש כאב עם הגבלה בתפקוד
המשך תרגול בבית, המשך בירור מול רפא מטפל

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 22/11/2020
 18/11/2020
 10/11/2020
 18/10/2020
 11/10/2020
 22/09/2020
 02/09/2020
 30/08/2020
 26/08/2020
 23/08/2020
 16/08/2020
 11/08/2020

מחוז דרום
 מרכז פיזיותרפיה-רח"ט
 מרכז מטהרי רח"ט (מול מ.ד.א.)
 טל': 08-6404122 פקס: 08-6404120

אלנסאסרה חאלף

שם מטפל

חתימה וחותמת

מספר רשיון 29923
 שם משפחה רפואת משפחה
 כתובת שכונה 18, כיכר אלסלאם
 טל' 08-6627222
 פק' 08-6627228
 מדרג הדרגה ב' מחוז: דרום

הפניה לרפואה תעסוקתית

תאריך 25/10/2020

שם משפחה ושם פרטי		אלקרינאוי אימאן	
מס זהות	00-20952846-2	גיל	23.02
ת.ל.י	22/08/1997	שם האב	54 - 2553797
שכונה	רחוב	טלפון	54 - 2553797
רמת ישוב	17 / 48	מספר בית	17
סוג תאונה		2 תאונת עבודה	
תאריך תאונה		24/07/2020	

גורם שולח
 7433

מספר הפניה
 037433097626

תז נבדק
 0209528462

מספר רשיון
 029923

לכ. ד: רופא תעסוקתי

שירות	רפואי	700052
תיאור רפואי	99242	בדיקת רופא תעסוקתי
שירות	קוד	קוד
שירות	קוד	קוד

שם התברר אנו
 18.90 bmi 02/10/2017 46 משקל
 02/10/2017 156 גובה
 22/10/2019 110 / 70 לחץ דם
 22/10/2019 68 דופק

27/10/2019 מתאריך 121.77 eGFR

- ממצאים מתאריך 23/09/2020
 ממצאים מתאריך 13/09/2020
 ממצאים מתאריך 07/09/2020
 ממצאים מתאריך 01/09/2020
 ממצאים מתאריך 28/08/2020
 ממצאים מתאריך 27/08/2020
 ממצאים מתאריך 18/08/2020
 ממצאים מתאריך 16/08/2020
 ממצאים מתאריך 10/08/2020
 ממצאים מתאריך 04/08/2020
 ממצאים מתאריך 28/07/2020
 ממצאים מתאריך 27/07/2020
 ממצאים מתאריך 26/07/2020

ECG - קצב סינוס, 57 לדקה, ללא סימני איסכמיה חריפה. QTc-0/398
:07/12/2020

CHEST PAIN UNSPECIFIED

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/12/2020:

קאב כנראה לאחר תבלה בתאונת דרכים. מחזיר בשאיפה לא במאמצים.
למעקב בלבד. ECG תקין. טיפול תסמיני: NSAID (לאחר האוכל, שתייה
מרובה), מעקב. לחזור לרופא בכל החרדה.
07/12/2020

HEAVY SMOKER
LT INGUINAL HERNIA - REPAIR

בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

חזקתה וחזקתו הרופא

4477-7500

שם הרופא

בעת זימון. ביטול, שינוי מועד הוטר יש לציין בפני גויז והשירות את מספר ההפניה הקשום מעלה.

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך תיבת זו, לאחר שביעת דור לטיפול ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד לתום הערך באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם, רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.0150.co.il).

2 n 2 47

א: ריבאני אימאן

00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה

מצב כללי טוב
רגישות בינך
ושוק שמאל
27/07/2020
28/07/2020
04/08/2020
10/08/2020
16/08/2020
מצב כללי טוב
18/08/2020
27/08/2020
28/08/2020
01/09/2020
07/09/2020
13/09/2020
23/09/2020
תור לרופא
23/09/2020
25/10/2020
קיבל חופש תאונת עבודה 01 יום - לביטוח לאומי
ממקום עבודה מבקשים הפניה לרופא תעסוקתי

א.ב.	ה. משוערת	א.פ.י.ן	א.ב.ח.ה.
780:	L14	LT	LEG/HIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS
			INSOMNIA NOS
			PTSD

דיון/ כנית טיפולית
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
23/09/2020
13/09/2020
07/09/2020
01/09/2020
28/08/2020
27/08/2020
18/08/2020
16/08/2020
10/08/2020
04/08/2020
28/07/2020
27/07/2020
26/07/2020
טיפול סימפטומטי
ביקורת רופאה מטפלת
הוסבר למטפל אם ברצונו שיזכר כתאונת דרכים להביא טופס 250
הוסבר לו לשמור קבלות על תשלומים שקשורים לתאונת כולל תרופות
27/07/2020
החפניות שהופקו ב 27/07/2020
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת -
70017-בדיקת רופא אורתופד
28/07/2020
04/08/2020
10/08/2020
16/08/2020
הוסבר למטפל לפנות לרופאה מטפלת בטשא
18/08/2020
27/08/2020
28/08/2020
החפניות שהופקו ב 28/08/2020
הפניה לרפואה יועצת - 70005-בדיקת רופא כללי או ר

הפניו לרפואה תעסוקתית
אלקר אוי אימאן
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
20952846-2
דף 2 מ 4
25/10/2020

29923

ד"ר חונדרש רימה

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחומת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעל
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17 אולם כדאי לשלם
על השרות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית או במרפאה. רשומת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית (www.claif.co.il).

דף 4 מ 4
25/10/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
20952846-2
ד"ר חונדרש רימה

הפניו לרפואה תעסוקתית
אלקר אוי אימאן

יור מחמד אלדד
אורתופדיה
110745
מרכז מסחרי רהט
08-6404804
08-6404127
פקס

כללית

*2700

מחוז:דרום מרפאה:מרכז לרפואה יעוצת - רהט

תאריך 04/02/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל

אלקרינאוי אימאן		שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		23.05	ז	22/08/1997	שם האב
רהט		שכונה		מס בית		17 / 48	54	2553797	54 - 2553797
ישוב		רחוב		מס בית		17 / 48	54	2553797	54 - 2553797

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 24/07/2020

מספר הפניה: 33136243288

רשיון רופא

גרם שולח
3136

מספר הפניה
033136243288

תז נבדק
0209528462

110745

ביום הבדיקה, מא לפנינו למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם סופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

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

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/09/2020.
בן 23. סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.
04/02/2021
ממשיך עם כאבי גב תחתון
הקרנה לרלגיים

ממצאים עיקריים
בדיקה גופנית מתאריך 23/09/2020:
רגישות בצוואר ורגישות פראוירטיבראלית בגב. טווחי תנועה מוגבל עקב כאבים,
לא חסר נוירולוגי.
04/02/2021

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
PAIN NECK CERVICALGIA		7231
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1
04/02/2021
הודפס ע"י ז"ר מחמד אלדד
00-20952846-2

הפניה לדימות
אלקרינאוי אימאן

קוד	איפיון	אבתנה
E813		ROAD ACCIDENT
7234		CERVICALGIA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית
טיפול אמפירי
הפניה לצילום עמו"ש צוארי
ביקורת רופאה מטפלת

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

מטרת הבדיקה: בירור כאבי צוואר חוזרים בשאלה של בעיה גרמית עמו"ש צוארי

קדימות הבדיקה : רגיל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר דוד סיבירסקי
שם הרופא
23430
מספר רשיון

רופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ת של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/04/2021

הודפס ע"י ד"ר דוד סיבירסקי 00-20952846-2

אלקרינאוי אימאן

שם הרופא: ד"ר דוד סיבירסקי
 תחום: רפואת משפחה
 מספר רשיון: 23430
 כתובת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
 טלפון: 08-6627222
 פקס: 08-6627228
 מרפאה: רהט ב'
 מחוז: דרום

תאריך: 04/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	אלקרינאוי אימאן	מס זהות	00-20952846-2	גיל	23.07
שם האב	שם האב	ת.גלילה	22/08/1997	מין	ז
רהט	שכונה	מס בית	17 / 48	טלפון	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית	17 / 48	טלפון נוסף	54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 37433101987

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433101987

תז נבדק



0209528462

רשיון רופא



023430

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד: אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החדשי.

לכבוד: מכון רנטגן

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005

המטופל מתלונן על: לדבריו מאז התאונה כאבים בצוואר היה לפני מספר שבועות אצל רופאה מטפלת קיבל טיפול לדבריו ללא שיפור

סימנים חיוניים: גובה 156 נמדד ב: 06/12/2020 משקל 65.0 נמדד ב: 06/12/2020 BMI 26.71

לחץ דם 120 / 65 נמדד ב: 31/12/2020

דופק 62 נמדד ב: 06/12/2020 סדיר

eGFR 121.77 מתאריך: 27/10/2019

ממצאים עיקריים: מצב כללי טוב רגישות לא בפציפית בעמו"ש צוארי ללא דפיציט אורטופדי או נוירולוגי

אבחנה משוערת:

הפניה לדימות

אלקרינאוי אימאן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

04/04/2021

הודפס ע"י ד"ר דוד סיבירסקי 00-20952846-2



הזמנה

שם הלקוח:	אדמאן אלקרינאוי	מספר זהות:	20952846-2
מועד הביקור:	06/04/21 יום ג' כ"ד ניסן תשפ"א	שעה:	11:50
שם הרופא:	צילום	מקצוע:	רנטגן/רדיולוגיה - כללי
מרפאה:	מרכז לרפואה יועצת - רהט	טלפון:	08-6404804
כתובת:	רהט		
אוטובוסים:			

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

יש להגיע לתור עם הפניה מהרופא המטפל.
 יש להגיע לתור עם כרטיס מגנטי.
 הביקור כרוך בתשלום של אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם
 במזומן או בכרטיס אשראי או בהרשאת חיוב.

תאריך הדפסה: 04/04/2021 10:07:42

04/04/2021

06-APR-2021 13:50 From:

תאריך: 08/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	אלקרינאוי אימאן	מס זרות	00-20952846-2	גיל	23.07
שם האב	שם האב	ת. לידה	22/08/1997	מין	ז
רמת ישוב	שכונה	מס בית	17 / 48	טלפון	54 - 2553797
רחוב	רחוב	מס בית	מס בית	טלפון	54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37925090328

גרם שולח

 7925

מספר הפניה

 037925090328

תז נבדק

 0209528462

רשיון רופא

 110745

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
 נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד!
 אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
 נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

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

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/02/2021:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/09/2020:
 בן 23. סובל מכאב בצוואר וגב תחתון לאחר ת. דרכים ועבודה.
 04/02/2021:
 ממשיך עם כאבי גב תחתון
 הקרנה לרלגיים
 08/04/2021:
 ביקורת CT:
 בלט דיסק בגובה L45-, היצרות פורמינלית משמאל.
 היום בנוסף יש כאבי צוואר.

ממצאים עיקריים: רגישות במישוש פרברטיפראלית ומעט מעל הזדזים גב מותני וסביב הצוואר. יש מוגבלות תבנועה בשל כאבים, מבחני מתיחה שליליים. אין חסור ניירולוגי.
 דפקים פרופריים נמשו תקינים בכפות הרגליים. בדיקת מפרקי הירכיים תקינה.

קוד	איפיון	אבחנה
7231		PAIN NECK CERVICALGIA
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/01/2015		HEAVY SMOKER
19/03/2020		LT INGUINAL HERNIA -REPAIR

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר מחמד אלדדא	110746	

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 23.09 מין: ז

אלקרינאוי אימאן

מס' זהות: 00-20952846-2

ביקור עקב תאונת עבודה

ETODOLAC 400MG TAB 400MG

(ETOPAN 400MG (M) TAB, ETODOLAC-400MG TEVA(M) TAB)

999019725

למשך 10 ימים סו"כ 20 יח

טבליות 1x 2 בימים

תוקף מרשמים: 18/08/2021 - 19/05/2021

מס' 148816
אחרי כניסה אל עבר
אחרי כניסה אל עבר

מס' רישיון



148816

טלפון: 08-6404804
כתובת: מרכז מסחרי רהט

שם הרופא: וסים אל עברה
תחום: אורתופדיה

בידיעתך, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית וזוהי שאושרה על ידי הקופה
לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 19/05/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל		אלקרינאוי אימאן	
שם משפחה ושם פרטי	00-20952846-2	23.08	22/08/1997
מס זהות	גיל	ז	ת. לידה
שם האב	שכונה	מין	שם האב
רהט	רחוב	17 / 48	54 - 2553797
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
		54 - 2553797	54 - 2553797

שלום רב,

תאריך הביקור: 26/04/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אבחנה	איפיון
	HEAVY SMOKER	
	LT INGUINAL HERNIA -REPAIR	

אבחנות בביקור

ת. גילוי	אבחנה	איפיון
F4325	ADJUSTMENT DISORDERS W MIXED DISTURBANCE OF EMOTIONS CONDUCT	

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	P		0	0	N		28	28	1	D	TAB	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

סיכום ודיון: מתלונן על יקיצות בלילות - מתעורר בסביבות שעה 3 ולוקח לו כחצי שעה להירדם שוב. כמו כן עצבני, קצר קוח, שובר פלאפון לא פעם אחד באופן אימפולסיבי. נתחיל ESCITALOPRAME 10MG בביקור. בערב ימשיך MIRO 15MG. ביקור חוזר בעוד חודשיים.

פסיכיאטריה
ד"ר אירינה גורשטיין
1-1878787

סיכום ביקור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אלקרינאוי אימאן

דף 1
26/04/2021

00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר אירינה גורשטיין

נספח 3 :

רופא תעסוקתי ותעודות מחלה

(עמודים 41 עד 62)



ד"ר בשיר נאסר

שם הרופא

מתמחה ברפואה תעסוקתית

תחום

120596

מספר רשיון

רח' קלאוזנר 6, ב"ש, מיקוד 84581

כתובת

08-6243222

טלפון

08-6243238

פקס

מרפאה: תעסוקתית ב"ש מחוז: דרום

15/11/2020 תאריך

אלקרינאווי אימאן		00-20952846-2		23.02	ז	22/08/1997	פרטי העובד	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב			
רהט	שכונה	17		54 - 2553797	טלפון מסך			
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון				
גידולי אג"ו בע"מ				מפעיל				
מקום עבודה		מקצוע						
מושב ישע ד.ג מיקוד: 85430								
כתובת מקום עבודה								
פרטי מעסיק								
כתובת מעסיק								

טופס סיכום בדיקה רפואית

לכבוד

מעסיק

אדון/גברת נכבד/ה,

על סמך המסמכים שעמדו לרשותנו

לשם בדיקת כושר עבודה

בתור מפעיל

לפי תוצאות ומסקנות הבדיקה הרפואית מיום 15/11/2020

נמצא כי הנ"ל: העובד/ת נבדק/ה על ידי במסגרת בדיקת כושר עבודה.
לאור מצבו/ה הבריאותי הנוכחי ולאחר עיון במסמכים שעמדו בפניי, הגעתי למסקנה
כי הנבדק/ת כשיר לעבודה.

 חתימה/חותמת הרופא	120596 מס' רישיון	ד"ר בשיר נאסר שם רופא
		העתיקים:
		נבדק/ת.

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום בדיקה רפואית

15/11/2020

00-20952846-2 הודפס על ידי ד"ר בשיר נאסר

אלקרינאווי אימאן

שם: רופא
תז: רפואת משפחה
מכ: 29923
כת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
ט: 08-6627222
מסמך: מרפאה: דרהט ב' מחוז: דרום

תאריך: 28/07/2020

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

טי המסמך:

00-20952846-2

א. קריאנו אימאן

שם האב: 22/08/1997 ת. לידה: ז מין: 22.11 גיל: מס זהות: 54 - 2553797

שם משפחה ושם פרטי

שם האב: 54 - 2553797 ת. לידה: 54 - 2553797 ז מין: 17 / 48 גיל: מס זהות: 54 - 2553797 שכונה: רחוב: רהט: ישוב:

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

אבחנות: LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

קוד: L14 איפיון: LT

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מטוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 24/07/2020 עד יום 31/07/2020 (בכלל) סה"כ 8 ימים

28/07/2020

28/07/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה

חתימה וחזותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

חזותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

ר. עודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה *** המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
א. קריאנו אימאן 00-20952846-2 הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה 28/07/2020

שם ירופא: ד"ר חוגדרש רימה
 תר: רפואת משפחה
 מס ירשיון: 29923
 כת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
 טל: 08-6627222
 מרפאה: רהט ב' מחוז: דרום

תאריך: 04/08/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל:		אי קרינאווי אימאן	
00-20952846-2	22.11	22/08/1997	שם האב
מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
17 / 48	מס בית	54 - 2553797	54 - 2553797
שכונה	רחוב	טלפון מסר	טלפון
רהט	ישוב		
סוג תאונה: 2 תאונת עבודה		תאריך תאונה: 24/07/2020	

אבחנות	אבחנה
קוד L14	אפיין LT
LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS	

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/08/2020 עד יום 10/08/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים
 תאריך מתן התעודה: 04/08/2020
 ת. הבדיקה: 04/08/2020

ד"ר חוגדרש רימה
 תתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חתימת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 תאריך: 04/08/2020
 מסמך: 00-20952846-2
 הודפס ע"י ד"ר חוגדרש רימה

שם: ד"ר חונדרש רימה
תנו: רפואת משפחה
מס': 29923
כת': שכונה 18, כיכר א'סלאם
טל': 08-6627222
מרחק: מרחק: 100 מ' מרחק: 100 מ'

תאריך: 10/08/2020

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל	א.י. קרינאווי אימאן	00-20952846-2	22.11	22/08/1997	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רחט	שכונה	17 / 48	54	54 - 2563797	54 - 2563797
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	אבחנות	אבחנות
קוד	אפיון	אבחנות
L14	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול המוכח:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 11/08/2020 עד יום 17/08/2020 (בכלל) סה"כ 7 ימים

10/08/2020

10/08/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה
חותמת המרפאה של הרפואה המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנת זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

1 נודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 1
10/08/2020
הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה
00-20952846-2
א.י. קרינאווי אימאן

תאריך: 18/08/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל:					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	שם האב
00-20952846-2	23.00	22/08/1997	54	2553797	54 - 2553797
שכונה	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
רהט	ישוב	17 / 48	54 - 2553797	54	54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	אפיון	אבחנה
L14	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הג"ל

☒ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 18/08/2020 עד יום 27/08/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים

18/08/2020

18/08/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חתימת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 27/08/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

אי קריבאוי אימאן					שם המטופל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	22/08/1997	שם האב
רהט	שכונה	17 / 48	54 - 2553797	54 - 2553797	54 - 2553797
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		אבחנה
קוד	איפיון	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS
L14	LT	

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/08/2020 עד יום 04/09/2020 (בכלל) סה"כ 8 ימים

27/08/2020

27/08/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

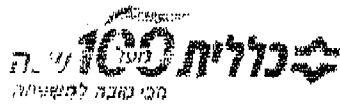
ד"ר חונדרש רימה

חותמת המרפאה

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



שם הרופא: ד"ר חונדרש רימה
 תר: רפואת משפחה
 מכ: 29923
 כת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
 טל: 08-6627222
 מרפאה: רהט ב' מחוז: דרום

תאריך: 07/09/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל		אז' קרינאווי אימאן		שם משפחה ושם פרטי	
22/08/1997	ז	23.00	00-20952846-2	מס זהות	שם האב
ת.ל.ידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי	שם האב
54	2553797	54	17 / 48	שכונה	54 - 2553797
טלפון נוסף	טלפון	מס' בית	רחוב	רהט	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		אבחנות	
קוד	אפיין	קוד	אפיין
L14	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS	אבחנות

הטיפול הנכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 05/09/2020 עד יום 14/09/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/09/2020

07/09/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה

חותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

הנסיגה מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

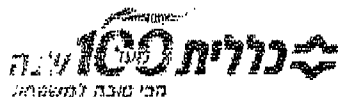
תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

07/09/2020

הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה

00-20952846-2

א' קרינאווי אימאן



שכ: רופא ד"ר חונדרש רימה
תה: רפואת משפחה
מס: 29923
כת: שכונה 18, כיכר אלסלאם
טל: 08-6627222
מפארה: רהט ב' מחוז: דרום

תאריך 13/09/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל		אז' קרינאווי אימאן		00-20952846-2		23.00		ז		22/08/1997	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		מין		ת. לידה		שם האב	
רהט		שכונה		17 / 48		54 - 2553797		54 - 2553797		54 - 2553797	
ישוב		רחוב		מס בית		טלפון		טלפון		טלפון נוסף	

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
L14	LT	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 15/09/2020 עד יום 24/09/2020 (בכלל) סה"כ 10 ימים

13/09/2020

13/09/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה
חתימה וחזמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

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

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

13/09/2020

הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה

00-20952846-2

א' קרינאווי אימאן

תאריך: 23/09/2020

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

שם המטופל	00-20952846-2	23.01	ז	22/08/1997	שם האב
אז' קרינאווי אימאן	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	17 / 48	מס בית	54 - 2553797	54 - 2553797	54 - 2553797
רהט	שכונה	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב					

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	איפיון	קוד
אבחנה	LT	L14
LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS		

הטיפול המוכח:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 25/09/2020 עד יום 21/10/2020 (בכלל) סה"כ 27 ימים

23/09/2020

23/09/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חונדרש רימה
חתימה וחותמת של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

23/09/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר חונדרש רימה
00-20952846-2

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

א' קרינאווי אימאן

תאריך: 04/04/2021

אישור מחלה

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי		אלקרינאוי אימאן		00-20952846-2	
שם האב	שם הלידה	ז	גיל	מס זהות	23.07
54 - 2553797	54 - 2553797	טלפון	טלפון	17 / 48	מס בית
רחט	שכונה	רחוב	מס בית	טלפון נוסף	54 - 2553797

תאריך תאונה: 24/07/2020

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

מומלץ על מנוחה מתאריך 04/04/2021 עד תאריך 09/04/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 6

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

שם הרופא	ד"ר דוד סיבירסקי	מספר רשיון	23430	חתימה וחזותמת הרופא	**נחתם דיגיטלית**
----------	------------------	------------	-------	---------------------	-------------------

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז לרפואה יעצת - רהט
מחוז:דרום

19/05/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		אלקרינאוי אימאן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ת.ל.ידה	שם האב
00-20952846-2	23.09	22/08/1997	54 - 2553797
מס זהות	גיל	מין	טלפון נוסף
17 / 48	54	2553797	54 - 2553797
מס בית	שכונה	רחוב	רהט
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

24/07/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנחה מתאריך 19/05/2021 עד תאריך 22/05/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 4

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

וסיים אל עברה	148816	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת הרופא

ד"ר וסיים אל עברה
אורתופד
מספר רשיון 148816

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

19/05/2021

חודש ע"י וסיים אל עברה

00-20952846-2

אלקרינאוי אימאן

נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מספר תחומים - שלמה

(עמודים 64 עד 64)

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 21/

בבית משפט השלום
בבת ים

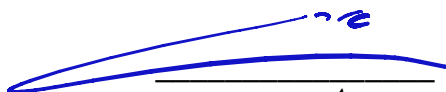
אימאן אלקרינאוי - נגד - שלמה חברה לביטוח בע"מ

התובע, אימאן אלקרינאוי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים סורוקה, בבאר שבע, ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 5 :

יפוי כח וסר ותצהיר בריאות

(עמודים 66 עד 69)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 20952462 מס', מרחוב א' אל 49 ירב,
ת.ז. מס' ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואנו
להיות באי כוחי במשפט של
בענין תאונת דרכים מיום
גד
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא
כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהות, כולל ומקצתו, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש או תביעה או תביעה שנגד, ו/או כל בקשה, חגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנייל לא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש חכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנייל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנייל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנייל 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 הנייל, לרבות חוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמלאים.
9. לתוציא לפועל כל פסייד או התלטת או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנייל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם 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 המוזכרות 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 9 לחודש ק' שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את תתימות מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבנד
מס' רישום 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני התנוס מטח : (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

200521462

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
		רבי	אלקטור
טלפון	מיקוד	עיר	רחוב
		41	16 סאה

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה ו/או מי מטעמו 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שתלתי 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 הבריאות 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 תלה 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:

או על המידע המפורט להלן:

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

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 9.1.20 עד לתתימה ומס' ת.ז. **עו"ד אריאל** חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 52254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ א.י.א. / א.ק.נ.א' בעל ת.ז. 20952462 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____

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

תאריך: <u>03/2020</u>	הפגיעה: <u>חבל באגן</u>	המוסד הרפואי: <u>סוריקה</u>
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____

X

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד א.י.א. / א.ק.נ.א', מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 21.5.21 הופיעה בפני א.י.א. / א.ק.נ.א' (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 20952462 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עלונה/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין