

תאריך חתימת המסמך : 20.12.23

התובע : **אורן שחר, ת"ז 32240533**
מרחוב אירוסים 47, נס ציונה
טלפון : 050-5071765

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

– נ ג ד –

הנתבעת : **מנורה חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב ז'בוטינסקי 23, רמת גן
טל' : 03-7108083 ; פקס : 03-7604059
דוא"ל : TVIOTGUF@menora.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

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

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

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע 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.



חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 17.6.1975, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 588-04-402 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, כבן 46 במועד התאונה, שוטר במשטרת ישראל, נפגע בגופו, מתקשה מאז התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נגרמו לו הפסדי שכר ופוטנציאל השתכרותו נפגע.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



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

7. בתאריך 04.05.2022, בסביבות השעה 15:30, או בסמוך, בצומת הרחובות דרך בן צבי ועזה, בתל אביב, היה התובע מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 12-603-68, והוא נפגע ונחבל (להלן: "**התאונה**").
8. התובע אשר סבל בעבר מכאבי צוואר קיווה כי הכאבים יחלפו נטל תרופות לשיכוך כאב לצד דיווח למפקדיו על התאונה ועל הכאבים מהם הוא סובל, הוא נבדק וניתנו לו הגבלות ופטורים מפעילות גופנית, פטור מפעילות מבצעית והנחיה לעבודה בתנאי חדר בלבד.
- רצ"ב טופס בדיקה רפואית ותיאורי הגבלות, מסומנים "**כנספח 2**".
9. הכאבים וההגבלות בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים הלכו והחמירו והתובע פנה לקבלת טיפול רפואי גם במסגרת הקהילה והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי אורתופדי ונוירולוגי, בדיקות הדמיה עם המלצה לנטילת משככי כאבים והמשך מנוחה.
10. בדיקת CT שכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלטי דיסק בגבהים S1-L3 עם סימני לחץ על השק התקאלי והיצרות בגובה L3-L4.

11. בדיקת MRI שכוונה לעמוד השדרה הדגימה גורמים להיצרויות במספר גבהים בעמוד השדרה הצווארי, פריצת דיסק קטנה בגובה L1-L2 ובלטי דיסק כאמור.
12. בדיקת EMG הדגימה נזק שורשי דו"צ בגובה C5-C6 ומיאולופטיה צווארית.
13. בשים לב לממצאים ולהחמרה הופנה התובע להמשך מעקב רפואי, בין היתר, בשאלה בצורך בהתערבות ניתוחית, המלצה למנוחה והמשך פטורים, טיפול לשיכוך כאב והעלאת מינון קנאביס רפואי.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, קושי בישיבה ממושכת, קושי בכיפוף והרמה, קושי בכריעה, קושי במעברים מקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים, לרבות טיפולים נרקוטיים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע, שוטר במשטרת ישראל, מתקשה מאז התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נקבעו לו מגבלות, כשירותו המבצעית נפגעה, הוא נעדר כשירות לפעילויות ועבודות בשכר ונגרמו לו הפסדי שכר.
- רצ"ב פטורים ומגבלות, מסומנים "כנספח 4".
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.



חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|----------|---|
| 85,000 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 25,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 13,600 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 15,250 ₪ | (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 השתכרותו 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.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, 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 ותעודת חובה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: בדיקת רפואית והגבלות (עמודים 10 עד 10)	10
נספח 3: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 34)	12
נספח 4: פטורים והגבלות (עמודים 36 עד 39)	36
נספח 5: טופס 1 - מינוי מומחים - מנורה (עמודים 41 עד 41)	41
נספח 6: יפוי כח ויתור על סודיות רפואית ותצהיר (עמודים 43 עד 46)	43



נספח 1 :

אישור משטרה ותעודת חובה

(עמודים 7 עד 8)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידת בוחנים מחוז תא
אמץ 2, תל אביב
03-6802222
03-6803607
bohanim.telaviv@police.gov.il

מספר תיק פלא
סיווג תיק
מס' מסמך בתיק
תאריך

יחידה
כתובת
טלפון
פקס
דואל

301665/2022
ת.ד., כללי
ה
10/07/2022, י"א תמוז תשפ"ב, 13:34

לכל המעוניין

1. תאריך
התאונה:

04/05/2022

בשעה

15:30

2. מקום התאונה:

תל אביב - יפו צומת רחוב דרך בן צבי עם רחוב עזה בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב

58804402

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

סיאט ספרד

חברת ביטוח

מנורה

מספר פוליסה

0003302153227

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	32240533	אורן שחר בוריס	17/06/1975	נס ציונה, האירוסים 47	קופ"ח מכבי	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב

6860312

סוג רכב

פרטי נוסעים

תוצר רכב

ניסאן אנגליה

חברת ביטוח

שומרה

מספר פוליסה

00730141112521

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	321546574	קלב מקסים	16/06/1988	ת"א - יפו, יהודה הימית 13		

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים:

1

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

10/07/2022

פרטי המטפל בתיק

מ"א

1141969

שם משפחה

גוני

שם פרטי

אביבה

פרטי השוטר המוסר

1141969

אביבה

גוני

רסמ

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

חוקר משל בכיר

יחידת בוחנים מחוז תא

תפקיד

מקום שרות

חתימה

10/07/2022 13:34

שים לב! מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

פרטי המבוטח



שם בעל הפוליסה אורן שחר

מספר ת.ז.ח.פ. 32240533 כתובת האירוסים 47/17 נס ציונה מיקוד 7408605

פרטי הרכב



מס' רישוי 58804402 נפח 999 משקל 1.625 שנת ייצור 2021 מס' שלדה 96676
שם היצרן והדגם FR (999) סיאט איביזה החדשה סוג הרכב פרטי סוג הרכב לצורך ביטוחו פרטי

פרטי סוכן: פלה / אמירים סוכ לביטוח (503114)

מועד תחילת הביטוח:

המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני -

תחילת הביטוח

01/05/22

פקיעת הביטוח

30/04/23



פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר www.menoramivt.co.il

מנורה מבטחים ביטוח
שולם
באמצעות בנק לאומי
לישראל בע"מ
חש' 215270/16
24/04/22 16:43



סכום דמי ביטוח	תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו
915 ₪	24/04/22 - 16:43:40

שולם בכרטיס אשראי 3123 מספר אישור 41547 - 3 תשלומים

מטרות השימוש המותרות ובני האדם הרשאים לנהוג ברכב ע"פ הסעיפים

הנקובים בגב תעודה זו: 7א, 1א6

הרחבת לגבי היקף הכיסוי, הסיכונים והחביונות המבוטחים: אין
תעודה זו אינה תקפה לגבי אופנוע וקטנוע

ריכוז פרטי המידע שדווח בעת רכישת הפוליסה ודו"ח על סתירות
הפוליסה הונפקה ודמי הביטוח נקבעו על סמך הנתונים המופיעים בתעודת החובה
וכן, בין היתר על סמך המשתנים הבאים:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב

מין הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב



שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב

מספר התאונות שהביאו לתביעות ביטוח רכב חובה ב- 3 שנים האחרונות של כל הנהגים
הצפויים לנהוג ברכב

מס' פטילות רישיון ב- 3 השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב

נתונים על פיהם הופקה הפוליסה	נתונים על פי המאגר	בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה
46		46
זכר		זכר
1996		
0		
1		

- * ברכב מותקנת מערכת למניעת נעילת גלגלים (ABS): כן
- * ברכב מותקנת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW): כן
- * סוג דלק: בדזין
- * ברכב מותקנת מערכת לבלקרת יציבות (ESP): כן
- * ברכב מותקנת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW): כן
- * בעלות רכב: פרטי

המבטח התבסס בהפקת הפוליסה על נתוני המאגר. מבטח הסבור כי מקור הסתירה הוא בנתונים שגויים הנמצאים במאגר. רשאי להגיש ערעור למפעיל המאגר, בעצמו ו/או באמצעות. המבטח, בהתאם ל"נוהל הגשת ערעור על נתוני המאגר" - הנמצא באתר המבטח בכתובת: www.menoramivt.co.il "המאגר" - מאגר מידע לאיתור הונאות ביטוח.

העתק לסוכן

מנורה מבטחים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

סכום דמי ביטוח
915 ₪

תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו
24/04/22 16:43:40

מס' רישוי	58804402
מס' שלדה	96676
שם היצרן והדגם	FR (999) סיאט איביזה החדשה
נפח מנוע/הספק	999 משקל 1.625
שנת הייצור	2021
סוג הרכב	פרטי
סוג הרכב לצורך ביטוחו	פרטי

מס' פוליסה	00-03-302153-22/7
מס' תעודה	00 42-00-162114/6
פרטי הסוכן	פלה / אמירים סוכ לביטוח (503114)
שם בעל הפוליסה	אורן שחר
כתובת	האירוסים 47/17 נס ציונה

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני 01/05/22 מועד פקיעת הביטוח

30/04/23 בחצות. פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר www.menoramivt.co.il

מטרות השימוש המותרות ובני האדם הרשאים לנהוג ברכב ע"פ הסעיפים הנקובים על גב תעודה זו: 7א, 1א6

הרחבת לגבי היקף הכיסוי, הסיכונים והחביונות המבוטחים: אין

תעודה זו אינה תקפה לגבי אופנוע וקטנוע.

שולם בכרטיס אשראי 3123 מספר אישור 41547 - 3 תשלומים

נספח 2 :

בדיקת רפואית והגבלות

(עמודים 10 עד 10)





036801377

טלפון:

תאריך: 16/05/2022

שם מרפאה: מלרת ת"א

שעה: 09:50

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

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

פרטים אישיים:

אורן שחר

יחידת השירות: יח' מקבלי שיחות
משל"ט ת"א

דרגה: רס"ב

מ.א: 01041888

להלן האבחנות הרפואיות:

401.9

תיאור ההגבלה:



קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
51	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		
33	פסור מפעילות מבצעית	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		
16	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: ויאר, אלכסנדר

16/05/2022 09:50

חתימה:

אשר על פניו
למפקד
מחלקת רפואה
משטרת ישראל

נספח 3 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 34)





ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אורן	שם פרטי: שחר	ת.ז.: 32240533
ת.לדה: 17/06/1975	מין: ז	טלפון: 0505071765	טל.עבודה/נייד: 0505071765
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה	מיקוד: 7402433		

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 14/06/2022 בשעה 18:16:42
כאבי צוואר וגב תחתון

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25
לדבריו- היה מעורב בת"ד ב (פגיעה אחורית) 04.05- מאז התחילו כאבי גב תחתון

ממצאים:

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN



בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות:

15/05/2017 - ללא שינוי -
25/03/2018 - אגוזים ובוטנים -

תרופות קבועות:

OMEPRADAX 40MG X 30 1X2X90
VECTOR 80MG X 28 1X1X90

הננתנים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער. ה שעיין ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

03/07/2022

חתימה וחוקתמת הרופא

תאריך



ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אורן		שם פרטי: שחר		ת.ז.: 32240533	
ת.לידה: 17/06/1975		מין: ז		טלפון: 0505071765		טל.עבודה/נייד: 0505071765	
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה		מיקוד: 7402433					
0032240533							

אישור למטופל

הנני לאשר בזאת כי החברה/חלה/תה ב-

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 23/06/2022 עד יום: 23/06/2022 סה"כ: 1 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

21.9.22 מ.ר. מ. פנימית

03/07/2022

תאריך





014102

קוד הפניה: 280667757

טלפון: 03-6293211

פקס: 03-5250645

כתובת: בית כלל, רח' דרואנוב 5 ת"א (בית כלל, קומה 5)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אורן		שם פרטי: שחר		ת.ז.: 32240533	
ת.לידה: 17/06/1975		מין: ז		טלפון: 0505071765		טל.עבודה/נייד: 0505071765	
כתובת: הגיא 2/2, בס ציונה		0032240533		מיקוד: 7402433			

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרהתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

מרפאה: אלישע אופירם.

תלונות: כאב גב תחתון לאחר תאונת דרכים 4.5.22
טופל על ידי רופאת משפחה.
עובד בישיבה

ממצאים: כאב בהנעת גב תחתון.
תנועות יחסית טובות
הפרעה תחושתית באזור ירך שמאל צדדי וקידמי- עצב קוטנאי שיטחי פמוראלי
ללא גירוי שורשי מותני
ללא הפרעה בכוח גס והחזרים
ביחס לצואר-למומחה עש-לא פנה בבדיקה קודמת

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

מעש/ת : לא

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות: 15/05/2017 - ללא שינוי -
25/03/2018 - אגוזים ובוטנים -

תרופות קבועות:

OMEPRADEx 40MG X 30 1X2X90
VECTOR 80MG X 28 1X1X90

מטרת ההפניה: נא חוות דעתך

דר פרידמן בצלאל.

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



014102

קוד הפניה: 280667884

טלפון: 03-6293211

פקס: 03-5250645

כתובת: בית כלל, רח' דרויאנוב 5 ת"א (בית כלל, קומה 5)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אורן		שם פרטי: שחר		ת.ז.: 32240533	
ת.לידה: 17/06/1975		מין: ז		טלפון: 0505071765		טל.עבודה/נייד: 0505071765	
כתובת: 0032240533		הגיא 2/2, נס ציונה		מיקוד: 7402433			

התייעצות מומחה

- במכבי

נוירולוגיהתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: כאב גב תחתון לאחר תאונת דרכים 4.5.22

טופל על ידי רופאת משפחה.

עובד בישיבה

ממצאים: כאב בהנעת גב תחתון.

תנועות יחסית טובות

הפרעה תחושתית באזור ירך שמאל צדדי וקידמי- עצב קוטנאי שיטחי פמורלי

ללא גירוי שורשי מותני

ללא הפרעה בכוח גס והחזרים

ביחס לצוואר -למומחה עש -לא פנה בבדיקה קודמת

אבחנה:



- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

מעשנות : לא

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות: 15/05/2017 - ללא שינוי -

25/03/2018 - אגוזים ובוטנים -

תרופות קבועות:

OMEPRADAX 40MG X 30 1X2X90
VECTOR 80MG X 28 1X1X90

מטרת ההפניה: נא חוות דעתך



0051659613



014102

קוד הפניה: 280667641

טלפון: 03-6293211

פקס: 03-5250645

כתובת: בית כלל, רח' דרויאנוב 5 ת"א (בית כלל, קומה 5)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32240533

שם פרטי: שחר

שם משפחה: אורן

טל.עבודה/נייד: 0505071765

0505071765

טלפון:

מין: ז

17/06/1975

תלידה:



0032240533

מיקוד 7402433

הגיא 2/2, נס ציונה

כתובת:

מרכז ארצי לדימות - C.T

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

כאב גב תחתון לאחר תאונת דרכים 4.5.22
טופל על ידי רופאת משפחה.
עובד בישיבה

ממצאים:

כאב בהנעת גב תחתון.
תנועות יחסית טובות
הפרעה תחושתית באזור ירך שמאל צדדי וקידמי- עצב קוטנאי שיטחי פמוראלי
ללא גירוי שורשי מותני
ללא הפרעה בכוח גס והחזרים
ביחס לצואר-למומחה עש-לא פנה בבדיקה קודמת



אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות:

- 15/05/2017 - ללא שינוי
- 25/03/2018 - אגוזים ובוטנים

תרופות קבועות:

OMEPRADAX 40MG X 30 1X2X90
VECTOR 80MG X 28 1X1X90

מעש/ת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

פריצת דיסק?



020193

קוד הפניה: 281760489

טלפון: 03-5771313

פקס: 073-2132378

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32240533

שם פרטי: שחר

שם משפחה: אורן

טל.עבודה/נייד: 0505071765

0505071765

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 17/06/1975

כתובת:

הגיא 2/2, נס ציונה



0032240533

מיקוד 7402433

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 14/06/2022 בשעה 18:16:42
כאבי צוואר וגב תחתון

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25
לדבריו- היה מעורב בת"ד ב (פגיעה אחורית) 04.05- מאז התחילו כאבי גב תחתון

בביקור בתאריך 21/07/2022 בשעה 19:03:55

ממצאים: בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25

בביקור בתאריך 21/07/2022 בשעה 19:03:55
אזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים, ציסטרות CPA ופורמן מגנום בטווח התקין.
חללי האוויר בגולגולת מאווררים היטב.
לציין מודגמת הגדלה של הציסטרנה מגנה, כנראה וריאנט אנטומי בלבד.
סיכום: ללא ממצא רקמתי מוחי חשוד פרט להגדלה של הציסטרנה מגנה, כנראה וריאנט אנטומי.
נעשה EMG 30.3.2022 עדות ל MERALGIA PARESTETICA
מומלץ המשך בירור לומברי נשלחה CT ע"ש מותני ע"י אורטודפ
מטופל בקנאביס במרפאת כאב

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- MERALGIA PARESTHETICA Left

מעשבת: לא

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT - COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות: 15/05/2017 - ללא שינוי -
25/03/2018 - אגוזים ובוטנים -

מכון CT

הנדון: אורן, שחר בוריס, ת.ז: 032240533 תאריך לידה: 17/06/1975

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 03/08/2022

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הודגמה סקוליוזיס קלה קמורה שמאלה.
גובה של גופי החוליות שמור.
מרווחים בינחולייתיים שמורים.
זידים ניווניים קדמיים וצדדיים קטנים לאורך ע"ש מותני.
הנקבים הנורלים ללא היצרויות.
שינויים ארטרוטיים במפרקים הפצטליים לאורך ע"ש מותני.
שינויים ניווניים במפרקים הסקוראליאלקליים.
בליטה אחורית בינונית של הסחוס הדיסקלי בגובה L2-L3.
בליטה אחורית בינונית של הסחוס הדיסקלי בגובה L3-L4 עם סימני לחץ על השק התקאלי והיצרותו עד 9 מ"מ.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5, L5-S1.
אין עדות לסטנזיס ספינלית בשאר הגבהים של ע"ש מותני.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311

הוקלד על ידי: אלכסיי דובגנגנו
מסמך זה נחתם אלקטרונית



נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוּטָה, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָה בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסוּטָה עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

תאריך: 20/10/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר מלצב אלה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100
פקס: 073-2132676
כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אורן	שם פרטי: שחר
ת.ל.י.ד.: 17/06/1975	מ.י.נ. ז
תל.עבודה/נייד: 0505071765	טלפון: 0505071765
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה	מיקוד: 7402433
0032240533	

אישור למטופל

הנני לאשר בזאת כי החברה חלה/תה ב-

- ELECTRONIC FORMS
- LOW BACK PAIN

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 16/10/2022 עד יום: 19/10/2022 סה"כ: 4 ימים.

20/10/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



מ.ר גורם מפנה



033847

דר' מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

073-2132676 פקס:

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:

32240533 :.т.т

שם פרטי: שחר

שם משפחה: אורן

טל.עבודה/נייד: 0505071765

0505071765

טלפון:

מִין: ז

17/06/1975

ת.לידה:

הגיא 2/2, נס ציונה

כתובת:

מיקוד 7402433



0032240533

אישור למטופל

הגני לאשר בזאת כי החבר/ה חלה/תה ב-

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA
- COUGH

סה"כ: 15 ימים.

עד יום: 03/11/2022

20/10/2022

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

והחתם הרופא

חתימה ואותמת הרופא

27/10/2022

תאריך



דר' מלצב אלה

משפחה

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

מ.ר. גורם מפנה



0320997547



033847

קוד הפניה: 294475137

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

שם פרטי: שחר		שם משפחה: אורן		פרטי הנבדק:	
ת.ז.: 32240533	טלפון: 0505071765	מין: ז	ת.לידה: 17/06/1975	כתובת: 0032240533	
טל.עבודה/גייד: 0505071765	הגיא 2/2, נס ציונה		0032240533		
מיקוד 7402433					

הפניה למכון דימות - M.R.I

מידע נוסף	קוצב לב	פירוט
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא	לא
תאריך ביצוע	לפני	תוצאה
11/16/11/2021 חודשים		בריקות מעבדה
11/16/11/2021 חודשים		Creatinine 0.83
		eGFR 98
תאריך: 27/10/2022	שם הרופא: דר' מלצב אלה	

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 07/11/2022 עד תאריך - 06/05/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מ.ר גורם מפנה



033847

ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אורן		שם פרטי: שחר		ת.ז.: 32240533	
ת.לידה: 17/06/1975		מין: ז		טלפון: 0505071765		טל.עבודה/נייד: 0505071765	
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה		מיקוד: 7402433		0032240533			

אישור למטופל

הנני לאשר בזאת כי החברה/חלה/תה ב-

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA
- COUGH

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 04/11/2022 עד יום: 19/11/2022 סה"כ: 16 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

13/11/2022

תאריך



מ.ר גורם מפנה



033847

ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אורן		שם פרטי: שחר		ת.ז.: 32240533	
ת.לידה: 17/06/1975		מין: ז		טלפון: 0505071765		טל.עבודה/נייד: 0505071765	
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה		מיקוד: 7402433					

אישור רפואי

תלונות:

שיעול כרוני לאחר שחלה בקורונה (02.2021)
 CT חזה- מספר תסנינים עדינים בתבנית "זכוכית מט" בשדות האמצעיים והתחתונים של הריאות.
 שינויים פיברו-אטלקטטיים מינימליים בבסיסים הקדמיים של הריאות.
 שינויים ברונכיאקטטיים טובולריים מינימליים באונות התחתונות.
 נגע שומני בדופן התחתון של בתי החזה משמאל, בחלקו אקסטרא-פולמונרי - קרוב לוודאי ליפומה. מומלצת קורלציה עם
 בדיקה סונוגרפית, מעקב הדמייתי.
 נגע פרנקימתי ציסטי קטן בכליה השמאלית בשולי הבדיקה.
 כאבי גב כרוניים- תחתון וצוואר
 מעמד MRI
 מוגבל בתנועה, גם עמידה ושיבה ממושכת
 מקבל קנביס רפואי

ממצאים:

, ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפצופים



אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA
- COUGH

בעיות ידועות:

- CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (02/2021)
- HYPERTENSION (12/2019)
- NEPHROLITHIASIS (08/2015)
- FRACTURE HUMERUS GREATER TUBEROSITY CLOSED Right (12/2012)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (01/2022)

רגישויות:

15/05/2017 - ללא שינוי -
 25/03/2018 - אגוזים ובוטנים -

תרופות קבועות:

OMEPRADAX 40MG X 30 1X2X90
 VECTOR 80MG X 28 1X1X90

מכון MRI

הנדון: אורן, שחר בוריס, ת.ז: 032240533 תאריך לידה: 17/06/1975

ד"ר נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 18/11/2022

להלן ממצאי בדיקת MRI של ע"ש צווארי ולומברי:
הבדיקה נעשתה בשקלול T1, T2 ו-STIR ללא הזרקת חומר ניגוד.

הבדיקה בהשוואה לבדיקת MRI עמוד שדרה צווארי מ-09/12/2021 ו-CT עמוד שדרה לומברי מ-03/08/2022.

סיבת הפניה: כאבי צוואר וגב תחתון.

ממצאים:

לורדוזיס צווארי ולורדוזיס לומברי שמורים.
הנמכה של הדיסקים של C4-C5 עד C6-C7 מלווה בשינויים ניוניים בלוחיות הקצה.
ללא עדות לתמט או תזוזה.
מעבר קרניו-צרביקלי תקין.
חוט השדרה תקין במוחון לוגיה ואותות.
הקונוס נמצא בגובה L1-L2 עם מורפולוגיה ואותות תקינים.
רקמות רכות פאראוורטברליות תקינות.
בהסתכלות הדיסקים:

בגובה C2-C3 - תקין.

בגובה C3-C4 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרק אונקו-ורטברלי היפרטרופי משמאל בפסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית משמאל.

בגובה C4-C5 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים האונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר מימין.

בגובה C5-C6 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים אונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר משמאל.

בגובה C6-C7 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים אונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר משמאל.

בגובה C7-T1 - תקין.

בגובה L1-L2 - פריצה קטנה משמאל ללא עדות להיצרות מרכזית או נירופורמינליות.

בגובה L2-L3 - בלט דיסק דיפוזי ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית מימין.

בגובה L3-L4 - בלט דיסק דיפוזי, עיבוי ליגמנטום פלבום ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית יותר משמאל.

בגובה L4-L5 - בלט דיסק דיפוזי, עיבוי ליגמנטום פלבום ופסטים היפרטרופיים ללא עדות להיצרות מרכזית או נירופורמינלית.

בגובה L5-S1 - בלט דיסק דיפוזי ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מאוד פרונטלית משמאל.

התרשמות: שינויים ניוניים כמתואר.

בברכה,
ד"ר וולף מייקל
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית

מתוך 2

עמוד 1

תאריך הדפסה: 21/11/2022

תעודת זהות: 032240533

תאריך: 29/11/2022

מ.ר. נטרם מכנה



033847

מספר הנוס
דיוטילת
הקסס חבבי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכלית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, גס ציונה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אורן	שם פרטי: שחר
ת.לדה: 17/08/1975	מין: ז
כתובת: הגיא 2/2, גס ציונה	טלפון: 0505071766
0032240533	ת.ז.: 32240533
מיקוד 7402433	

אישור למטופל

הבני לאשר בזאת כי החבילה חלה/תה ב-

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA
- COUGH

סה"כ: 8 ימים.

27/11/2022

עד יום:

20/11/2022

אינולה מסוגלת לעבוד מיום:

23/11/2022

תאריך

חתימה וחוממת הרופא



MRI מכון

הנדון: אורן, שחר בוריס, ת.ז: 032240533 תאריך לידה: 17/06/1975

דר' נכבדה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 18/11/2022

להלן ממצאי בדיקת MRI של ע"ש צווארי ולומברי:
הבדיקה נעשתה בשקלול T1, T2 ו-STIR ללא הזרקת חומר ניגוד.

הבדיקה בהשוואה לבדיקת MRI עמוד שדרה צווארי מ-09/12/2021 ו-CT עמוד שדרה לומברי מ-03/08/2022.

סיבת הפניה: כאבי צוואר וגב תחתון.

ממצאים:

לורדוזיס צווארי ולורדוזיס לומברי שמורים.
הנמכה של הדיסקים של C4-C5 עד C6-C7 מלווה בשינויים ניווניים בלוחיות הקצה.
ללא עדות לתמט או תזוזה.
מעבר קרניו-צרביקלי תקין.
חוט השדרה תקין במוחון לוגיה ואותות.
הקונוס נמצא בגובה L1-L2 עם מורפולוגיה ואותות תקינים.
רקמות רכות פאראוורטברליות תקינות.
בהסתכלות הדיסקים:

בגובה C2-C3 - תקין.

בגובה C3-C4 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרק אונקו-ורטברלי היפרטרופי משמאל בפסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית משמאל.

בגובה C4-C5 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים האונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר מימין.

בגובה C5-C6 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים אונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר משמאל.

בגובה C6-C7 - קומפלקס דיסק אוסטאופיט, מפרקים אונקו-ורטברליים היפרטרופיים ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מרכזית ונירו-פורמינלית יותר משמאל.

בגובה C7-T1 - תקין.

בגובה L1-L2 - פריצה קטנה משמאל ללא עדות להיצרות מרכזית או נירופורמינליות.

בגובה L2-L3 - בלט דיסק דיפוזי ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית מימין.

בגובה L3-L4 - בלט דיסק דיפוזי, עיבוי ליגמנטום פלבום ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה נירופורמינלית יותר משמאל.

בגובה L4-L5 - בלט דיסק דיפוזי, עיבוי ליגמנטום פלבום ופסטים היפרטרופיים ללא עדות להיצרות מרכזית או נירופורמינלית.

בגובה L5-S1 - בלט דיסק דיפוזי ופסטים היפרטרופיים שגורמים להיצרות קלה מאוד פרונטלית משמאל.

התרשמות: שינויים ניווניים כמתואר.

בברכה,
ד"ר וולף מייקל
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית

מתוך 2

עמוד 1

תאריך הדפסה: 21/11/2022

תעודת זהות: 032240533

MAMMOGRAPH INSTITUTE
 NEUROPHYSIOLOGICAL DEP.
 ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV RAANANA HADERA
 03-9347891 04-6221125
 DR ROZANOV S

EMG EXAMINATION DATE : 12.09.2022 8:16:26 AM

PATIENT: SHAHAR OREN

ID NUMBER: 32240533

MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP % [%]	DIST [mm]
Medianus-Right	Wrist - APB	3.4	6.9	--	--	--
	BI Elbow - Wrist	7.8	6.7	51	-3.0	230
Medianus-Left	Wrist - APB	3.3	5.6	--	--	--
	BI Elbow - Wrist	7.7	4.4	52	-20.4	230
Ulnaris-Right	Wrist - ADM	2.6	7.7	--	--	--
	BI Elbow - Wrist	6.9	5.3	54	-31.1	230
	Eb Elbow - BI Elbow	8.3	5.4	50	2.2	70
Ulnaris-Left	Wrist - ADM	2.2	3.3	--	--	--
	BI Elbow - Wrist	6.7	2.8	51	-14.7	230
	Eb Elbow - BI Elbow	7.9	3.2	60	16.0	70

SENSORY NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [μV]	CV [m/s]	DIST [mm]
Medianus-Right	Wrist - Digit II	3.0	98.8	--	--
Medianus-Left	Wrist - Digit II	3.0	96.3	--	--
Ulnaris-Right	Wrist - Dig V	2.5	21.8	--	--
Ulnaris-Left	Wrist - Dig V	2.4	13.5	--	--

EMG:

Muscle	Insertion		Spontaneous Activity		Amplitude		Duration		Polyphasy	
	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt
Deltoid	Normal	Normal	-	-	+	+	+	+	+	+
Biceps	Normal	Normal	-	-	+	+	+	+	+	+
Triceps	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Ext Indices	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
FDI	Normal	Normal	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Impression:

EMG study may suggest mild chronic radiculopathy C5-C6 bilaterally, without acute denervation changes.
 The rest of the nerves and muscles tests were normal.

SIGNATURE:
 DR.ROZANOV SIMON
 19584 מורג 27836מר

מכון ממוגרף
 תל אביב - רמת השרון
 03-9347891

EMG רצף 3
 נאמר קולוניאלי

MAMMOGRAPH INSTITUTE
NEUROPHYSIOLOGICAL DEP.
ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV RAANANA HADERA
03-9347891 04-6221125
DR ROZANOV S

EMG EXAMINATION DATE : 30.03.2022 12:55:47 PM

PATIENT: SHAHAR OREN

ID NUMBER: 32240533

MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP % [%]	DIST [mm]
Peroneus-Left	Ankle - EDB	3.3	4.1	--	--	--
	Bl Knee - Ankle	9.3	4.4	48	8.4	290
	Ab Knee - Bl Knee	10.7	3.8	50	-14.2	70

SENSORY NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [μV]	CV [m/s]	DIST [mm]
Lat Fem Cut-Thigh-Right	at Inguial Li - Thigh	3.5	18.4	--	--
Lat Fem Cut-Thigh-Left	at Inguial Li - Thigh	NR	NR	NR	NR
Peroneus superficialis-Left	Ankle - Foreleg	2.2	21.4	--	--

CONCLUSION:

Absent sensory responses from Lt femoral lateral cutaneous nerve may compatible with Lt meralgia parastetica

SIGNATURE:

DR.ROZANOV SIMON
מ"ר 27836 מ"ר 19584

ד"ר רוזנוב סימון
רפואה פיזיקלית ושיקום
מ"ר 27836 מ"ר 19584

ג"ג - ק"י

ד"ר לי יבגני
מ.ר. מ.ר. 335966 מ.ר.מ. 1-31673
מנהל תחום ניתוחים זעיר פולשני בעמדה השדרה



שם : שחר אורן	ת.ז. : 032240533	גיל: 47.3
מייל:	מכבי	נייד: 0505071765

18/09/2022

סיכום ייעוץ

אנמנזה: כאבים בצוואר שנים. ללא הפרעות במוטוריקה עדינה. כאב לילה, החמרת כאבים בעת שינוי תנוחה. ממצא. ללא הטובה לאחר טיפולים במסגרת מרפאת כאב כולל גלי רדיום. סיפור של תאונת דרכים מיום מ-04.05.2022 חבלת גב תחתון וצוואר. מאז סובל מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל והחמרת כאבים בצוואר. החמרה בתפקוד של מוטוריקה עדינה. הכאב מלווה ברדימות. הגבלה בתפקוד יומיומי עקב כאבים. כאב לילי שמעיר משינה. ללא שיפור לאחר טיפול תרופתי ופיזיותרפיה.

בדיקה גופנית: רגישות במישוש על פני עמוד שדרה צווארי. טווח תנועות מוגבל עקב כאבים. ללא עדות לקיפוח עצבי. כוח שמור. תחושה שמוה. עירות החזרי פיקה משני צדדים. ללא החזרים פתולוגיים.

בדיקות עזר: CT ע"ש צווארי 24.07.2021 שינויים ניוונים עם היצרות של תעלה והירות פורמינלית במספר גבהים C3-4-5-6-7 MRI ע"ש צווארי 09.12.2021 שינויים ניוונים דסיקניים ופסתארים בגבהים C5-6 C4-5 C3-4 עם היצרות של תעלה ללא אות חריג בתוך חוט השדרה, היצרות פורמינלית בעיקר C5-6 C6-7 משני צדדים EMG גפיים עליונות 12.09.2022 נזק שורשי C5 C6 משני צדדים בבדיקת ct עמוד שדרה מותני מתאריך 03.08.2022 בלטי דיסק בגובה L3-4, בלטי דיסק קל בגובה L1-2 L4-5 L5-S1

סיכום: WITH CERVICAL MEYLOPATHY CERVICALGIA SPINAL STENOSIS
HERNIATED LUMBAR DISC L3-4

, מצב לאחר תאונת דרכים. החמרת כאבים בצוואר ותמונה של מיאלופטיה צווארית. החמרת כאבים בגב תחתון -זקוק להשלמת בירור

המלצות: לאור החמרת תמונה של מיאלופטיה צווארית לאחר תאונת דרכים - נא להפנות לבדיקת MRI עמוד שדרה צווארי בשאלה להיצרות התעלה ולחץ על חוט השדרה, מיאלומליה של החוט. מבחינת עמוד שדרה מותני טרום החלטה על התערבות כרורגית-נא להפנות לבדיקת MRI עמוד שדרה מותני בשאלה

ד"ר לי יבגני
מומחה לניתוחים זעירים
מ.ר.מ. 335966

imedi, חולון, הלוחמים 53, חדר 407, 08-6726266, 15386726266, imedi.doctor@gmail.com



המומחים לגב

הסמך נשלח למערכת

ד"ר לי יבגני

מ.ר. מ.ר. 335966 מ.ר.מ. 1-31673

מנהל תחום ניתוחים זעיר פולשני בעמוד השדרה

שם : שחר אורן	ת.ז.: 032240533	גיל: 46.2
מייל:	מכבי	נייד: 0505071765

סיכום ייעוץ

אנמנזה: כאבים בצוואר שנים. ללא הפרעות במוטוריקה עדינה. כאב לילה, החמרת כאבים בעת שינוי תנוחה. ממאץ.

בדיקה גופנית: רגישות במישוש על פני עמוד שדרה צווארי. טווח תנועות מוגבל עקב כאבים. ללא עדות לקיפוח עצבי. כוח שמור. תחושה שמוה. עירות החזרי פיקה משני צדדים S. ללא החזרים פתולוגיים.

בדיקות עזר: CT ע"ש צווארי 24.07.2021 שינויים ניונים עם היצרות של תעלה והירות פורמינלית במספר גבהים C3-4-5-6-7
אבחנה: CERVICALGIA SPINAL STENOSIS

סיכום: כאבים בצוואר עם הקרנה לאורך ידיים. בהזמיה עדות ל SPINAL STENOSIS CERVICAL
המלצות: MRI ע"ש צווארי בשלילה ללחץ על חוט השדרה, בלטי דיסק או ממצא פתולוגי אחר.

ד"ר לי יבגני מ.ר. 335966 מ.ר.מ. 1-31673

ד"ר לי יבגני
מנהל תחום ניתוחים זעיר פולשני
מ.ר. 335966





ד"ר לי יבגני
מ.ר. מ.ר. 335966 מ.ר.מ. 1-31673
מנהל תחום ניתוחים זעיר פולשני בעמוד השדרה

שם : שחר אורן	ת.ז. : 032240533	גיל : 48.3
מ"ל : 10/09/2023	מכבי	נייד : 0505071765

ייעוץ רפואי

אנמנזה: כאבים בצוואר שנים. ללא הפרעות במוטוריקה עדינה. כאב לילה, החמרת כאבים בעת שינוי תנוחה. ממאץ. ללא הטובה לאחר טיפולים במסגרת מרפאת כאב. כולל גלי רדיום. סיפור של תאונת דרכים מיום מ-04.05.2022 חבלת גב תחתון וצוואר. מאז סובל מכאב בגב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל והחמרת כאבים בצוואר. החמרה בתפקוד של מוטוריקה עדינה. הכאב מלווה ברדימות. הגבלה בתפקוד יומיומי עקב כאבים. כאב לילי שמעיר משינה. ללא שיפור לאחר טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. 19/03/23 החמרת כאבים בגב תחתון עם הקרנה לרגליים. BACK DOMINANT PAIN 15.06.23 החמרת כאבים לאחר ישיבה, עמידה, החמרת כאבים בצוואר וכאבים בגב תחתון מאז תאונת דרכים. יש לציין החמרת כאבים הדרגתית מאז תאונה. ללא הטובה תחת טיפול תרופתי. 10.09.2023 החמרת כאבים בגב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל, נימול לפי L3 מצד שמאל.

בדיקה גופנית: רגישות במישוש על פני עמוד שדרה צווארי, טווח תנועות מוגבל עקב כאבים. ללא עדות לקיפוח עצבי. כוח שמור. תחושה שמה. עירות החזרי פיקה משני צדדים. ללא החזרים פתולוגיים.

בדיקות עזר: CT ע"ש צווארי 24.07.2021 שינויים ניוונים עם היצרות של תעלה והירות פורמינלית במספר גבהים C3-4-5-6-7

MRI ע"ש צווארי 09.12.2021 שינויים ניוונים דיסקוגניים ופסתרמים בגבהים C3-4 C4-5 C5-6 עם היצרות של תעלה ללא אות חריג בתוך חוט השדרה, היצרות פורמינלית בעיקר C5-6 C6-7 משני צדדים
EMG גפיים עליונות 12.09.2022 נזק שורשי C5 C6 משני צדדים
בבדיקת ct עמוד שדרה מותני מתאריך 03.08.2022 בלטי דיסק בגובה L3-4, בלטי דיסק קל בגובה L4-5 L5-S1
בבדיקת MRI עמוד שדרה מותני בתאריך 18.11.22 בלטי דיסק בגובה L3-4 לצד שמאל עם לחץ על שורש L3 מצד שמאל, בגבהים L1-2 L2-3 L4-5 L5-S1 בלטי דיסק במידה קלבינוני.
בעמוד שדרה צווארי - שינויים ניוונים דיסקוגניים ופסתרמים בגבהים C3-4 C4-5 C5-6 C6-7

ד"ר לי יבגני
מ.ר. מ.ר. 335966
מזמחה ניתוחי עמוד שדרה
מרכז רפואי ברזיל

סיכום: CERVICALGIA SPINAL STENOSIS
HERNIATED LUMBAR DISC L3-4

מצב לאחר תאונת דרכים - החמרה משמעותית כאבים בצוואר וכאבים בגב תחתון
הוסבר למטופל אופציות טיפוליות כולל התערבות כירורגית L3-4 L4-5 IDET L3-4 LT AND FACET JOINT BLOCK
BIL

המלצות: ממליץ טיפול במסגרת מרפאת כאבים- FACET JOINT BLOCK L3-4 ובהמשך טיפול בגלי רדיו. וטיפול בSLNB
L3 LT

פיזיותרפיה. חיזוק שרירי צוואר וגב תחתון.

ממליץ לעלות מיון של קנביס רפואי.

קיצור שעות עבודה

ממליץ המשך טיפול בקנביס רפואי.

ד"ר לי יבגני מ.ר. 335966 מ.ר.מ. 1-31673

ד"ר לי יבגני
מסמך ניתוחי פשוט עורה
335966
מ.ר.





מידע רפואי חסוי

1016779

מספר רשיון:

רשיון להחזקה ושימוש של סם מסוכן

לפי סעיף 7 לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) התשל"ג 1973

בתוקף סמכותי לפי סעיף 7 לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) התשל"ג 1973 (להלן: "הפקודה"), ולפי תקנות הסמים המסוכנים התש"מ 1979 (להלן: "התקנות"), ניתן בזאת רשיון להחזקה ושימוש של סם מסוכן, כשמשמעות מונחים אלה בפקודה, ובהתאם למפורט להלן:

מבקש ההיתר ופרטיו:

שם משפחה: אורן שם פרטי: שחר בוריס תעודת זהות: 032240533
רחוב: האירוסים מס' בית: 47 דירה: ישוב: נס ציונה
מיקוד: טלפון: 0505071765 טלפון נייד:

שם הסם המסוכן: קנביס (CANNABIS) צורתו: תפרחת/גליליות INDICA T20 C4 40 גרם

מטרת ההחזקה והשימוש: לצורך שימוש עצמי בלבד, בפיקוח רפואי, לצורך הקלה על מצבו הרפואי.

המבקש הצהיר כי הסם המסוכן לא יישמש לכל מטרה שלא אושרה ברשיון.

המקום המיועד להחזקה או לשימוש: מענו של המבקש בכתובת המפורטת לעיל, ללא נוכחות של אדם אחר בעת השימוש וכן בכל מקום אחר שהותר במפורש על ידי המנהל, בין בהיתר פרטני ובין בהיתר כללי שפורסם באתר המשרד וכל עוד ההיתר שניתן או פורסם לא שונה או בוטל

אספקה: בית מרקחת מורשה למסירת קנביס

הגבלות ותנאים:

1. רשיון זה זמני בלבד. רשיון זה ניתן לביטול, בין השאר, על פי החלטת המנהל, וזאת מבלי לגרוע מכל עילה אחרת שבדין לביטול הרשיון.
2. רשיון זה הינו אישי ואינו ניתן להעברה בשום צורה שהיא.
3. בעת השימוש בסם המסוכן חל איסור מוחלט על ביצוע פעולות הדורשות ריכוז לרבות נהיגה ו/או הפעלת ציוד מכני כבד.
4. חל איסור מוחלט על שימוש בסם המסוכן בנוכחות קטינים.
5. על המבקש להודיע למנהל על כל שינוי בכתובתו לצורך תיקון פרטי רשיון זה.
6. המבקש ינקוט באמצעים למניעת אבדן וגניבה של הסם ויודיע למשטרה מיד על הגניבה, נסיון לגנוב או אבדן של סם מסוכן כאמור בתקנה 9
7. על המבקש לא יחול פרק ה' לתקנות, למעט תקנה 24(ב) לפרק זה, שיחול בשינויים המחוייבים.
8. רשיון זה אינו מהווה תחליף להתייעצות רפואית עם גורם רפואי מוסמך בכל הנוגע להשפעות השימוש בסם המסוכן, תופעות הלוואי שלו, הסיכונים הנובעים ממנו וכל היוצא באלה.
9. השימוש יעשה בפיקוח ומעקב ד"ר יבגני לי אשר ידווח על פי דרישה למנהל על מצבו של המבקש.
10. רשיון זה מבטל כל רשיון אחר שברשות המבקש ו/או על שמו.

תוקף הרשיון : מתאריך: 26/09/2023 עד לתאריך: 23/03/2024

ד"ר כאמל מחאמיד

מנהל/ת לפי פקודת הסמים המסוכנים



תאריך: 09/11/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



033847



ד"ר מלצב אלה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 08-9387100

פקס: 073-2132676

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אורן	שם פרטי: שחר	ת.ז.: 32240533
ת.לידה: 17/06/1975	מין: ז	טלפון: 0505071765	טל.עבודה/נייד: 0505071765
כתובת: הגיא 2/2, נס ציונה	מיקוד: 7402433		



0032240533

אישור למטופל

הנני לאשר בזאת כי החברה/חלה/תה ב-

• LOW BACK PAIN

סה"כ: 10 ימים.

09/11/2023

עד יום:

31/10/2023

איננה מסוגלת לעבוד מיום:

אילה מלצב
2.9.22
מחלקת פנימית
מכבי
חתימה וחותמת הרופא

09/11/2023

תאריך



נספח 4 :

פטורים והגבלות

(עמודים 36 עד 39)





טלפון: 036801377

תאריך: 27/11/2022

שם מרפאה: מרפאת מחוז תל אביב

שעה: 13:55

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

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

פרטים אישיים:

אורן שחר

יחידת השירות: יח' מקבלי שיחות
משל"ט ת"א

דרגה: רס"ב

מ.א: 01041888

להלן האבחנות הרפואיות:

724.5

786.2

723.1

תיאור ההגבלה:

שעת פציעה	תאריך פציעה	תאור הכרה	תאריך עד-	תאריך מ-	תיאור הגבלה רפואית	קוד הגבלה רפואית
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	מוגבל לעבודה של 3 שעות בלבד	2
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	51
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	פטור מפעילות מבצעית	33
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	פטור מלבישת מדים	60
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	מנוע מביצוע מלר"ת	69
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	31.01.2023	27.11.2022	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	16

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: ויקטוריה, קיי

27/11/2022 13:55

חתימה:

ד"ר ויקטוריה קיי
מ.ר. 1-126527
משטרת ישראל



036801377

טלפון:

תאריך: 16/05/2022

שם מרפאה: מלרת ת"א

שעה: 09:50

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש**הנדון: בדיקה רפואית**

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

פרטים אישיים:

אורן שחר

יחידת השירות: יח' מקבלי שיחות
משל"ט ת"א

דרגה: רס"ב

מ.א: 01041888

להלן האבחנות הרפואיות:

401.9

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
51	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		
33	פסור מפעילות מבצעית	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		
16	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	16.05.2022	30.06.2022	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: ויאר, אלכסנדר

16/05/2022 09:50

חתימה:



טלפון: 036801377

תאריך: 12/07/2023

שם מרפאה: מלרת ח"א

שעה: 08:51

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

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

פרטים אישיים:

אורן שחר

יחידת השירות: יח' מקבלי שיחות
משל"ט ת"א

דרגה: רס"ב

מ.א: 01041888

להלן האבחנות הרפואיות:

724.5

תיאור ההגבלה:

שעת פציעה	תאריך פציעה	תאור הכרה	תאריך עד-	תאריך מ-	תיאור הגבלה רפואית	קוד הגבלה רפואית
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	25.09.2023	12.07.2023	גדרש מעקב	71
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	11.01.2024	12.07.2023	פסור מפעילות מבצעית	33
15:30:00	04.05.2022	פציעה בתפקיד	11.01.2024	12.07.2023	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	51

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: פחוביץ, גנאדי

12/07/2023 08:51

חתימה:

שם משתמש: U317216604

תאריך: 2/07/2023 שעה: 08:51

עמוד 1 מתוך 1



036801377

טלפון:

27/11/2022

תאריך:

שם מרפאה: מרפאת מחוז תל אביב

13:55

שעה:

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש**הנדון: בדיקה רפואית**

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

פרטים אישיים:

אורן שחר

יחידת השירות: יח' מקבלי שיחות
משל"ט ת"א

דרגה: רס"ב

מ.א: 01041888

להלן האבחנות הרפואיות:

724.5

786.2

723.1

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
2	מוגבל לעבודה של 3 שעות בלבד	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00
51	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00
33	פטור מפעילות מבצעית	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00
60	פטור מלבישת מדים	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00
69	מנוע מביצוע מלר"ת	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00
16	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	27.11.2022	31.01.2023	פציעה בתפקיד	04.05.2022	15:30:00

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: ויקטוריה, קיי

27/11/2022 13:55

חתימה:

ד"ר. ויקטוריה קיי
מ.ר. 11-1-1
משטרת ישראל

שם משתמש: U327166302

תאריך: 7/11/2022 שעה: 13:55

עמוד 1 מתוך 1

נספח 5 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מנורה

(עמודים 41 עד 41)



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

אורן שחר - נ ג ד - מנורה חברה לביטוח בע"מ

התובע, אורן שחר, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, בתחום הכאב ובתחום הניירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת קופת החולים מכבי.

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 6 :

יפוי כח ויתור על סודיות רפואית ותצהיר

(עמודים 43 עד 46)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 32240333, מרחוב ר' ע' 2/2, 2/13,
 ת.ז. מס' 32240333, ר' ע' 2/2, 2/13,
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו ר' ע' 2/2, 2/13,
 נגד ר' ע' 2/2, 2/13,
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצותן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו 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 ואו 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 הכת, 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 ואו 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 19 לחודש 12 שנה 23

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל




מ.ר. 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>32240533</u>	<u>707</u>	<u>17/6</u>	
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס'</u>
		<u>2/2</u>	<u>רחוב</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי ומתיר להם בזאת מהן 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____

תאריך: 19.12.23 עד לחתימה במס' ת.ז. 62254 חתימה: אריאל פרידברג (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפני כח _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ מר / ר' 32240533 בעל ת.ז. 32240533 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:	2013	הפגיעה:	פגיעה בראש	המוסד הרפואי:	ש"מ ת"ל
תאריך:	2018	הפגיעה:	פגיעה בראש	המוסד הרפואי:	ש"מ ת"ל
תאריך:	-	הפגיעה:	-	המוסד הרפואי:	-



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מר / ר' 32240533, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 19.12.23
הופיעה בפני מר / ר' 32240533 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
32240533 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה 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