

תאריך חתימת המסמך 21.12.23

התובע:

בועז עזר, ת"ז 102501712
מרחוב יוסף ספיר 5, רמת גן
טלפון: 054-7757922

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:

AIG חברה לביטוח בע"מ
מרחוב הסיבים 25, פתח תקוה
טל': 03-9272300; דוא"ל: service@aig.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.



(1) בעלי הדין:

1. התובע, יליד 11/11/1972, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 50-414-24 (להלן: "**הרכב**")
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. 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. מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה, התקשה ומתקשה התובע בביצוע עבודתו, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
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 3.4.23, עת נהג ברכבו היה התובע מעורב בתאונה ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
- רצ"ב העתק רישיון נהיגה, העתק תעודת ביטוח חובה תמונת הרכב ואישור תשלום נזק רכוש, מסומנים "**כנספח 1**".
8. התובע אשר סבר כי חבלותיו כתוצאה מהתאונה יחלפו לאחר מנוחה ונטילת משככי כאבים, אולם, בהיעדר הטבה ונוכח החמרה פנה לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה דחופה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב הלכו והחמירו עד לכדי כאב מעיר משינה והשפעה על התפקוד היומיומי, תרופה לשיכוך כאב שניתנה לו גרמה לתופעות לוואי לא רצויות והטיפול התרופתי הוחלף. כן הומלץ לו על ביצוע אוסטאופתיה, המשך מעקב ומנוחה.
10. התובע אשר סבל מכאבים עזים נאלץ לפנות לקבלת טיפול במסגרת פרטית נוכח אילוצי יומן הפיזיותרפיה במסגרת הקהילה והוא ביצע טיפולי רפואה משלימה ופיזיותרפיה במסגרת פרטית והומלץ לו על המשך טיפול.

11. בנוסף, החל התובע לסבול מעייפות ותשישות, קשיי ריכוז, כאבים ממושטים. כן, נוכח הכאבים העזים, קשיי שינה ועייפות, קושי בבליעה וההגבלה בתנועות עמוד השדרה הופנה להמשך טיפול אורתופדי, ביצוע בדיקת הדמיה וטיפול במסגרת מרפאת כאב.

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

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, מכאבים ממושטים, מקשיי הירדמות, קושי בשינה רציפה, כאב מעיר משינה, תשישות, קשיי ריכוז, קושי בבליעה, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מקשיי ריכוז, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.

13. התובע סמנכ"ל פיתוח עסקי, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה, באחריות רבה, ישיבה ממושכת ותפקוד גבוה, מתקשה מאז התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

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

חלק 3



(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

17. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

₪ 110,500	(1) הפסדי השתכרות בעבר –
₪ 25,000	(2) עזרת הזולת בעבר –
₪ 11,500	(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –
₪ 13,000	(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 בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

18. 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: צילום רנ תעודת חובה אישור תשלום נזק ותמונות (עמודים 7 עד 12)	7
נספח 2: תיעוד רפואי - נספח (עמודים 14 עד 23)	14
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 25 עד 25)	25
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 27 עד 29)	27



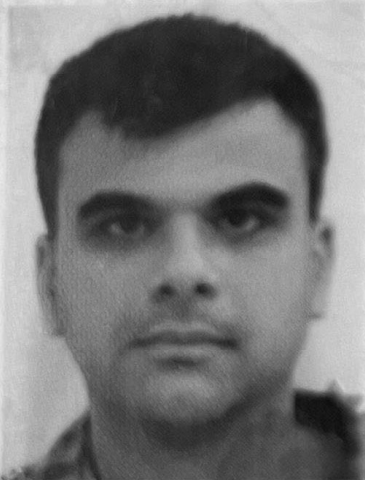
נספח 1 :

צילום רנ תעודת חובה אישור תשלום נזק ותמונות

(עמודים 7 עד 12)



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
 STATE OF ISRAEL מדינת ישראל

עזר
 1. AZAR
 בועז
 2. BOAZ
 3. 11.11.1972
 4a. 03.12.2017
 4b. 11.11.2027
 4d. 6198193
 5. ID 025017120
 7 120
 8. ספיר יוסף 5 רמת גן
 9. A1 B

רשאי לנהוג בדרגה 8 עד 4000 ק"ג בישראל
 חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה
 ר"ל אופנוע עד 500 סמק ולא יותר מ 54.4 כס

AIG digital

כל השירותים
זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך

באפליקציית
AIG Israel app



אתר **aig.co.il**

תעודת ביטוח חובה

AIG

א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ, רח' הסינים 25 קריית טטלון, ת.ד. 535 פתח תקווה, 4910001 טלפון 9272333 - 03, service@aig.co.il
תעודה זו מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה

מס' הפוליסה 14989226/22-01	מספר תעודת ביטוח 07092240	קוד מוטב 62-23473	מס' ח.פ. 512304882
סה"כ לתשלום 1362.00	תחילת הביטוח 1/12/22	פקיעת הביטוח (בחצות) 30/11/23	תאריך ושעת הוצאה 17/11/22 11:47
פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקף מפורטים באתר aig.co.il			
תחילת הביטוח - המועד בו החתמה תעודה זו בנכס אך לא לפני			
ת.ז. 25331315			
מודעי יעל ספיר יוסף 5 רמת גן			
בעל הפוליסה: כתובת:			
מס' רישוי: 2441450	סוג הרכב: פרטי	נפח מנוע/משקל: 1298	תאריך ושעת הוצאה 17/11/22 11:47
יצרן/דגם: דייהטסו סיריון	סוג הרכב לצורך ביטוח: פרטי	שנת ייצור/עליה לכביש: 2003	ת.ז. 25331315
מס' שילדה:			

שולם

באמצעות בנק המזרחי
חשבון: **408-103755**
17/11/2022 11:47
החתימה והחותמת הבנק

מטרת השימוש המותרות ברכב:
כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעבר לדף.
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:
כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעבר לדף.

אני מאשר/אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שיכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.

א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ

הרחבות לגבי היקף הכיסוי, הסיכונים והחבויים המבוטחים - אין

AIG digital

כל השירותים
זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך

באפליקציית
AIG Israel app



ובאתר **aig.co.il**

תעודת ביטוח חובה

AIG

א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ, רח' הסינים 25 קריית טטלון, ת.ד. 535 פתח תקווה, 4910001 טלפון 9272333 - 03, service@aig.co.il
תעודה זו מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה

מס' הפוליסה 14989226/22-01	מספר תעודת ביטוח 07092240	קוד מוטב 62-23473	מס' ח.פ. 512304882
תחילת הביטוח - המועד בו החתמה תעודה זו בנכס אך לא לפני	תחילת הביטוח (בחצות) 30/11/23	תאריך ושעת הוצאה 17/11/22 11:47	מס' רישוי: 2441450
פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקף מפורטים באתר aig.co.il			
תחילת הביטוח - המועד בו החתמה תעודה זו בנכס אך לא לפני			
ת.ז. 25331315			
מודעי יעל ספיר יוסף 5 רמת גן			
בעל הפוליסה: כתובת:			
מס' רישוי: 2441450	סוג הרכב: פרטי	נפח מנוע/משקל: 1298	תאריך ושעת הוצאה 17/11/22 11:47
יצרן/דגם: דייהטסו סיריון	סוג הרכב לצורך ביטוח: פרטי	שנת ייצור/עליה לכביש: 2003	ת.ז. 25331315
מס' שילדה:			
סה"כ לתשלום 1362.00			
א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ			

שולם
באמצעות בנק המזרחי
בלי חותמת הבנק/דואר
חשבון: **408-103755**
17/11/2022 11:47
החתימה והחותמת הבנק

א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ

מוצ"ב תעודת חובה של רכבך, בכל מקרה של טעות אנא התקשר/י אלינו למחלקת השירות
03-9272300 או למחלקת חידושים 03-9272500, לקבלת תעודה מעודכנת.
חשוב ביותר! בלי חותמת הבנק / דואר אין תוקף לתעודה זו!

בברכה,
א"י אי ישראל חברה לביטוח בע"מ

שימו לב - מסירת חשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצוי - 8 - יטו לבעלת הפוליסה או להקנת למכסח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בעיף 9 לפוליסה

תאריך: 27/06/2023

לכבוד

ערן אלבר עו"ד

הנדון: הודעת פשרה סילוק דרישה צד ג'

מספר תביעה: 109276

שם הלקוח: פרי ירוחם

מספר רישוי רכבו: 58686001

תאריך אירוע: 03/04/2023

שם הנפגע: מודעי יעל

פרטי צד ג'

מספר רישוי רכב צד ג': 24414501

להלן כתב קבלה ויתור ושחרור לחתימתך:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____
כתובת למשלוח ההמחאה _____

מאשר בזאת הסכמתי לקבלת פיצוי מאת פרי ירוחם חברה לרכב בע"מ, בסך של 4,650 ₪

(ארבעת אלפים שש מאות חמישים ₪). **נניח כסיום שאינו בגמל'ות**

הנני מצהיר בזאת, כי בחתימתי על כתב קבלה וסילוקין זה ובכפוף לביצוע התשלום הנני מוותר על כל תביעותיי בקשר עם מקרה האירוע הנדון, ואין לי ו/או לא תהייה לי כל תביעה אחרת מכל סוג ומין שהוא בקשר למקרה הנ"ל, כנגד חברת פרי ירוחם בעלי הרכב ו/או נהג הרכב.

ולראיה באתי על החתום היום: 28/6/23

חתימה: _____

ההמחאה תגיע ישירות למבוטח לכתובת המוזכרת לעיל.

נא להחזיר חתום לפקס בצירוף צילום ת.ז.: 03-6540047

פרי ירוחם חברה לרכב בע"מ

משדד ראשי: יצחק שדה 30, תל-אביב טל': 03-6377777, פקס: 03-6377711
מרכז מכירות ארצי: יצחק שדה 30, תל-אביב טל': 03-6882222, פקס: 03-6377700

תאריך: 27/06/2023

לכבוד
ערן אלבר עו"ד

הנדון: הודעת פשרה סילוק דרישה צד ג'

מספר תביעה: 109276
שם הלקוח: פרי ירוחם
מספר רישוי רכבנו: 58686001
תאריך אירוע: 03/04/2023
שם הנפגע: מודעי יעל
מספר רישוי רכב צד ג': 24414501

פרטי צד ג'

לאחר שבחנו את פנייתכם, הרינו להעלות על הכתב את הודעת הפשרה ליישוב התביעה המתייחסת לאירוע הנדון. הנימוקים שביסוד הפשרה הינם:

רכיבי הנזק:	הדרישה המקורית	הצעת הפשרה	הערות
נזק לפי דוח שמאי:	₪ 6,000	₪ 4,250	הופחת מערך הרכב ערך שוק רכב ישן.
שרידים	₪ 600	₪ 600	
שב"ט שמאי:	₪ 1,000	₪ 1,000	
סה"כ:	₪ 6,400	₪ 4,650	

הערות:
הצעתנו הנ"ל הינה לצורכי פשרה בלבד והיא ותידחה על ידכם היא לא תועלה ו/או תאוזכר בכל הליך משפטי כל עוד לא תאושר הצעת הפשרה על ידכם, היא לא תחייב את מי מהצדדים. מצורף בזאת שטר קבלה ויתור ושחרור בהתאם להודעת הפשרה. חתימתכם על שטר הקבלה, כמוה כאישור הודעת הפשרה. עם קבלת השטר הפטור חתום, אנו נפעל להעברת התשלום בהתאם.

בכבוד רב ובברכה,

מחלקת תביעות וביטוח
פרי ירוחם חברה לרכב בע"מ

פרי ירוחם חברה לרכב בע"מ

משרד ראשי: יצחק שדה 30, תל-אביב טל': 03-6377777, פקס: 03-6377711
מרכז מכירות ארצי: יצחק שדה 30, תל-אביב טל': 03-6882222, פקס: 03-6377700





נספח 2 :

תיעוד רפואי - נספח

(עמודים 14 עד 23)



ת.ז: 1025017120	שם המבטח:	עזר בועז	מין:	זכר	בטוח:	עדיף	ת.לידה: 11/11/1972
כתובת:	יוסף ספיר 5 רמת גן	מיקוד: 52622	טלפון:				



7554002258

הפנייה לפיצויטרפיה

 הבדיקה הדחשה: **פיצויטרפיה - PRG0017**

תאונת דרכים:	ק	תאונת עבודה:	לא	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	---	--------------	----	--------------------	----

תלונות החולה:

- תאונת דרכים לפני 4 ימים
- רכב התנגש מאחורה במהירות גבוהה - בועז נהג ברכב חגור והרכב בעמידה כל החלק האחורי של הרכב נמערך - TOTAL LOSS
- לא ראה את הרכב מתקרב - בגוף רפוי תנועה קדימה ואחורה לא איבד הכרה בתאונה בחילה וסחרחורת ביום הראשון היו כאבים לא מאוד חזקים החמיר למחרת ונהיה קשה מאוד אתמול ושלשום - עד כדי כך שמפריע לשינה

בדיקה גופנית:

- רגישות על שרירי הצווא והשכמות אין סימני שבר
- הצוואר מוגבל בכיפוף אחורי וקדמי וצדי

אבחנות:

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT

שאלות לבדיקה:

פיצויטרפיה דחופה לשיקום אחר תאונת דרכים

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה



רשין: 33865

טלפון: 03-5343334

רופא/מטפל: ד"ר קרונטל שי

תחום עיסוק: רפואת משפחה

כתובת: הנשיא 57 קריית אונו



ת.ד. 1025017120	שם המבוגר	עזר בועז	מין	זכר	בטוח	עדיף	ת.לדה: 11/11/1972
כתובת	יוסף ספיר 5 רמת גן	מיקוד: 52622	טלפון				

מס. טופס 7554002241	אישור מחלה
------------------------	------------

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 03/04/2023 עד יום 14/04/2023 סה"כ 12 ימים

החל מ 11.2015 עלי חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רופא מטפל	ד"ר קרונטל שי	רשיון: 33865	טלפון: 03-5343334
תחום עיסוק	רפואת משפחה		
כתובת	הנשיא 57 קריית אונו		



11/11/1972	ת.לידה:	עדיף	ביטוח	זכר	מין	עזר בועז	שם המבוטח	1025017120	ת.ז.
	טלפון:	52622	מיקוד:			יוסף ספיר 5 רמת גן	כתובת		

סיכום ביקור

ביקור ב - 24/04/2023 08:34 אצל ד"ר קרונטל שי, רפואת משפחה מ.ר: 33865

ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

07-04-2023 תאונת דרכים לפני 4 ימים

רכב התנגש מאחורה במהירות גבוהה - בועז נהג ברכב חגור והרכב בעמידה

כל החלק האחורי של הרכב נמערך - TOTAL LOSS

לא ראה את הרכב מתקרב - בגוף רפוי תנועה קדימה ואחורה לא איבד הכרה בתאונה בחילה וסחרחורות

ביום הראשון היו כאבים לא מאוד חזקים החמיר למחרת ונהיה קשה מאוד אתמול ושלשום - עד כדי כך שמפריע לשינה

24/4/23

הכאבים נמשכים ואפילו מחמירים מפריעים בתפקודו ישיבה ממושכת מגבירה

תנועות כאשר כואב קשות עוד יותר

מתואר לכיוון צוואר חגורת כתפיים במהלך של טרפזיוס

הארקוקסיה ליומיים גרמה להרגשה לא טובה והפסיק

בדיקה גופנית

רגישות משמעותית מאוד על שרירי הצוואר והטרפזיוס עד וכולל השכמות

עם מגבלה בתנועה של הראש ימינה שמאלה ודוֹיאציות פלקסיה אקסטנציה

השרירים מורגשים עם אוזירים נוקשים ורגישים ונקודות הדק

אבחנות

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT

תרופות

- ASSIVAL 10MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 10 days 10 Total(10%)

דיון והמלצות

נוטרפן 3 פעמים ביום עם אוכל כדור או שניים

אוסטאופתיה

חשוב לישון כמו שצריך





יהודה ענבר
רפואה משלימה

הנדון: בועז עזר ת.ז. 025017120

המטופל היה מעורב בתאונת דרכים ביום 3/4/23. מאז התאונה חווה המטופל כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. המטופל מדווח על קושי בתפקוד היומיומי.

הנ"ל מטופל אצלי מזה תקופה בטיפולי טווינא, ניכר כי יש רגישות חריפה באזור חוליות הצוואר ותפיסויות שרירים חוזרות.

הטיפול מקל ועוזר למטופל לתפקוד היומיומי ועל כן אני ממליץ המשך טיפול ומעקב.

בברכה,
יהודה ענבר



ת.ז:	1025017120	שם המבוטח:	עזר בועז	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לדה:	11/11/1972
כתובת:		יוסף ספיר 5 רמת גן	מיקוד:	52622	טלפון:				

סיכום ביקור

ביקור ב - 12:12 06/09/2023 אצל ד"ר קרונטל שי , רפואת משפחה מ.ר. 33865
ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- מאז התאונת דרכים התפסויות של הצווא וכאבים בעוצמה משתנה בשכמות ובצוואר ובכתפיים שינה לא רציפה מתעורר מכאב ואי נוחות
- הפרעת בליעה - תחושה שאוכל לא יורד טוב בגרון ונתקע מאחורי הסטרנום וגיהוקים (גרפסים)

אבחנות

- PAIN NECK CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT

הפניות למכונים

- אורטופד

תרופות

- ASSIVAL 5MG 30TAB PO 2 TAB X 1/day for 15 days 1 O.P.(10%)

דיון והמלצות

לאורתופד

הרפיית שרירים עם בנזו לריפוי הכאב הקשור לתאונה
לגבי הבליעה מעקב וניסיון שחרור

רפוא/מטפל:	ד"ר קרונטל שי	רשיון:	33865
תחום עיסוק:	רפואת משפחה	טלפון:	03-5343334
כתובת:	הנשיא 57 קריית אונו	חתימה וחותמת הרופא	

ת.ז: 1025017120 שם המבוטח: עזר בועז מין: זכר ביטוח: עדיף ת.לידה: 11/11/1972
 כתובת: יוסף ספיר 5 רמת גן מיקוד: 52622 טלפון:



סיכום ביקור

ביקור ב - 08/11/2023 17:08 אצל ד"ר טילבור עידו , אורתופדיה מ.ר: 130473
 ביקור ראשון עם כרטיס
 סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

• בן 51
 בריא

לפני מספר חודשים מעורבות בת"ד כנהג רכב פרטי, התנגשו בו מאחור.
 לא פנה למיון/ טיפול. טופל ברפואה משלימה, יוגה.
 מאז סובל מכאבים בעמ"ש צווארי ושכמות. ללא הפצעה.
 יש כאבים ליליים.
 ללא הפרעה סוגרית. ללא הפרעות מוטוריקה עדינה.
 בבדיקה-
 צוואר טווחים מלאים, רגישות בהנעה
 רגישות פאראאורטברלית במישוש, ללא רגישות על החוליות
 ללא חסר עצבי 5/5 דוצ בגפיים עליונות.
 אינו מעוניין בפסיוטרפיה.
 המלצות
 - ביצוע CT עמ"ש צווארי.
 - ביקורת מרפאתי לאחר מכן עם פענוח הבדיקה
 - בכל החמרה או שינוי לפנות לרופא בדחיפות

אבחנות

- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)

הפניות למכונים

- CT עמוד שדרה צווארי

חתימה וחותמת הרופא



רשיון: 130473

טלפון: 03-7371414

רופא/מטפל: ד"ר טילבור עידו

תחום עיסוק: אורתופדיה

כתובת: ירושלים 39 קריית אונו

ת.ז: 1025017120	שם המבוטח:	עזר בועז	מין: זכר	ביטוח: עדיף	ת.ל.י.ד: 11/11/1972
כתובת:	יוסף ספיר 5 רמת גן	מיקוד: 52622	טלפון:		

מס. טופס	3450000751
----------	------------

בתוקף מ: 08/11/2023	עד: 07/01/2024
---------------------	----------------

הבדיקה הדרושה: **CT עמוד שדרה צווארי - CT10024**

תלונות החולה:

• בן 51

בריא

לפני מספר חודשים מעורבות בת"ד כנהג רכב פרטי, התנגשו בו מאחור.

לא פנה למיון/טיפול. טופל ברפואה משלימה, יוגה.

מאז סובל מכאבים בעמ"ש צווארי ושכמות. ללא הפצעה.

יש כאבים ליליים.

ללא הפרעה סוגרית. ללא הפרעות מוטוריקה עדינה.

בבדיקה-

צוואר טווחים מלאים, רגישות בהנעה

רגישות פאראוורטברלית במישוש, ללא רגישות על החוליות

ללא חסר עצבי 5/5 דוצ בגפיים עליונות.

אינו מעוניין בפסיוטרפיה.

המלצות

- ביצוע CT עמ"ש צווארי.

- ביקורת מרפאתי לאחר מכן עם פענוח הבדיקה

- בכל החמרה או שינוי לפנות לרופא בדחיפות

אבחנות:

- CERVICALGIA (PAIN IN NECK)

שאלות לבדיקה:

בשאלה של פריצת דיסק? שינויים ניווניים? ממצא אחר המסביר כאביו?

רופא/מטפל:	ד"ר טילבור עידו	חשיון: 130473	טלפון: 03-7371414
תחום עיסוק:	אורתופדיה		
כתובת:	ירושלים 39 קריית אונו		



ת.ז. 1025017120 שם המבוטח עזר בועז מין זכר ביטוח עדיף ת.לידה: 11/11/1972
 כתובת: יוסף ספיר 5 רמת גן מיקוד: 52622 טלפון: 03-5343334

סיכום ביקור

ביקור ב - 18/12/2023 16:46 אצל ד"ר בן בסט איל, רפואת משפחה מ.ר. 33892
 ביקור נוסף עם כרטיס
 סיבת פניה - מחלה

סיבת ביקור

- באפריל נפגע בתאונת דרכים.
 נפגע מרכב מאחור. הרכב שלו נהרס לחלוטין.
 לאחר מס' ימים הופיעו כאבים בצוואר ובגב עליון בשכמות. נבדק ע"י אורתופד. נשלח לCT צוואר.
 מטופל בטווינה.
 נעזר באופטלגין לסירוגין. מקל. לא אוהב לקחת כדורים.
 מרגיש עייפות שהולכת ומחמירה ב3 חודשים האחרונים.
 מפריע לשבת בישיבות ארוכות בעבודה.
 כאבים בידים כשרוכב על אופניים.

אבחנות

- M.P. WHIPLASH INJURY

מעבדה

- טופס מס. 1 : CBC , CRP , TSH , VITAMIN B12 , PERIOD.CHECK UP ADULT+CBC , FOLIC ACID , FERRITIN , TRANSFERRIN , IRON

דיון והמלצות

ישלים בדיקות לשלול הפרעה סיסטמית.
 ביקורת לאחר הבדיקות וCT
 יעזר באופטלגין 1 גר' (שני כדורים) עד 4 פעמים ביום, בייחוד לפני שינה.

חתימה וחותמת הרופא



רשיון: 33892

רופא/מטפל: ד"ר בן בסט איל

תחום עיסוק: רפואת משפחה

טלפון: 03-5343334

כתובת: הנשיא 57 קריית אונו

— רפואי אישי —

תאריך ושעת הדפסה: 18.12.2023 15:01
מ.ר. 033892 ע"י: בן בסט איל

מאוחדת
תיק מרכזי

הרחבת ביקור

00-0000000

טל:

1-025017120

ת.ז.:

עזר בועז

מבוטח:

תחום עיסוק: רפואת משפחה

שם רופא/מטפל: בן בסט איל

נתוני ביקור

שם האתר:

מרפאת ד"ר בן בסט+קרונטל+עמוסי

רופא מבצע:

קרונטל שי

תאריך:

09:39 17/12/23

אופן דיווח:

07 כרטיס במהדורה

סיבת ביקור:

מחלה

אגרה:

סיבת ביקור

• לא מרכז תשוב

• יש כאבים בצוואר ובמותן הקשורים לתאונה

• ברכיבת אופניים לא מצליח מרוב כאבים

בדיקה גופנית

בהמשך לבדיקת האורתופד

תוספת - שרירים רבים כוואבים ורגישים למגע טרפזיוס באזור השכמה דלתאית וצוואריים

אבחנות

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT
- CERVICALGIA

תרופות

קיימת חתימה אלקטרונית לפרט

• ASSIVAL 10MG 30TAB PO 1 TAB X 1/day for 30 days 1 O.P.(10%)	20757
• MUSCOL 30/500MG 20TAB PO 1 TAB X 3/day for 20 days 3 O.P.(15%)	1403
• NAXYN 500MG 30TAB PO 1 TAB X 2/day for 30 days 2 O.P.(15%)	1437
• OPTALGIN 500MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 20 days 2 O.P.(15%)	1557

— רמזאי אישי —

תאריך ושעת הדפסה: 18.12.2023 15:01
 ע"י: בן בסט איל
 מ.ר: 033892

מאוחדת
תיק מרכזי

הרחבת ביקור

00-0000000

טל:

1-025017120

ת.ז:

עזר בועז

מבוטח:

דיון והמלצות

עובר בירור על ידי אורתופד לכאבים עזים המגבילים בתפקוד
למעשה יש שינוי משמעותי ביכולותיו
ספורט שהוא חלק מהותי בבריאות - נמנע בשל כאבים הקשורים לתאונה
העדר הספורט כמו גם הכאבים משפיעים על בריאותו באופן כללי
זקוק לטיפול אינטנסיבי
יקבע תור לד"ר בן בסט במרפאתנו לנסות להבין אם יש לו הצעות להתערבות



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 25 עד 25)



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

בועז עזר - נגד - AIG חברה לביטוח בע"מ

התובע, בועז עזר, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

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

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 פרייבליג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 27 עד 29)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
58	58	025017120	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
101	5	החמה	
		עיר	

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

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

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

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



למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 21.12.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. ~~אריאל פריינדל, עו"ד~~ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 567 31
ת.ז.ח.פ. מס' 025017120, מרחוב 101 ס' 5 רחוב
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום 10.10.20 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי
ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 21 לחודש 12 שנה 23

חתימה: X
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
עורד-דין 6225

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ מ/ר 547 בעל ת.ז. 025017120 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:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד איתן פירח, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 21.12.23
הופיע/ה בפני מ/ר 547 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 025017120
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.


חתימת עורך הדין