



בית משפט השלום בכפר סבא

17 ינואר 2024

ת"א 40093-01-24 גרינבלט נ' אליאס ואח'

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 17 ינואר 2024 בשעה (بالساعة) 09:50 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 40093-01-24 גרינבלט נ' אליאס ואח'.

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו 077-3852 2703333 www.court.gov.il.

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-3852 2703333. www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך: 11.1.24

התובע: **אבירם גרינבלט, ת.ז. 20032836**
מרחוב אלישע 39, באר שבע
טלפון: 050-2222982

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. יואב אליאס, ת"ז 40796476**
מרחוב סא"ל עמנואל 28, דימונה

2. WESURE חברה לביטוח בע"מ
מדרך השרון 12, כפר סבא 4427125
טל': 6835*
דוא"ל: claims@we-sure.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

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

סכום האגרה: 791 ₪ (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 17.2.88, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתאונה, הנוסע ברכב מסוג אוטובוס הנושא מספר רישוי 76-964-69 (להלן: "הרכב").
 2. הנתבע 1, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
 3. 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.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. 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.
5. התובע, שמאי מקרקעין ברשות מקרקעי ישראל, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. 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 :

8. בתאריך 26.3.23, בשעה 15:30 או בסמוך לכך, במחלף נחשון, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 855-98-602, האוטובוס הנהפך והתובע נפגע ונחבל. (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה הובהל התובע באמצעות מד"א לבית החולים קפלן, שם אובחנו מספר חבלות, בראש, בצוואר, בגב ובגפיים. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.
10. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה והמשיך מעקב.



11. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב ומרפק ימין, כמו גם הקרנת הכאבים לגפיים וכאבי ראש, הופנה לביצוע בדיקות הדמיה ובדיקת נוירולוג.
12. בדיקת CT אשר כוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה בלטי דיסק עם לחץ על השק התקאלי והיצרות דו צדדית של הנוירופורמינות.
13. הכאבים וההגבלה בתנועות והקושי בתפקוד לא חלפו חרף טיפולי הפיזיותרפיה, וסימפטומים בעטיה של התאונה, כגון קשיי הירדמות, קשיי ריכוז, סף גירוי המוח וכאבים נמשכו והתובע נבדק ע"י נוירולוג אשר המליץ על ביצוע בדיקות דימות וטיפול מניעתי לכאבי ראש וגב.
14. התובע סיים סדרת טיפולי פיזיותרפיה ללא הטבה משמעותית ונותר עם כאבים והגבלה והוחלט להפנותו להמשך טיפול ובדיקה לצורך שקילת אפשרויות נוספות להיטיב עם מצבו.
15. התובע הופנה לביצוע טיפולי רפואה משלימה והמשך טיפול במסגרת מרפאת כאב ובניית תכנית טיפול פיזיותרפי בהתאם לממצאים בעמ"ש.

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

16. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מהקרנת הכאבים לגפיים, מכאבי ראש, מקושי בכיפוף והרמה, מקושי בהטיה וצידוד, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, חוסר יציבות, קשיי ריכוז, קושי בישיבה עמידה והליכה ממושכות הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
17. התובע שמאי מקרקעין, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בריכוז וישיבה ממושכת, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.
18. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
19. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 75,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 8,250
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 5,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 9,250

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 :

20. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.

21. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.

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

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

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: חבות (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 30)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 32 עד 32)	32
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 34 עד 36)	34



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 8)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז ירושלים
כתובת רחוב יפו 97, ירושלים, בניין כלל.
טלפון 02-6596429
פקס 04-6459082
דואל bohanim.jerusalem@police.gov.il

מספר תיק פלא 135996/2023
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק כו
תאריך 06/08/2023, י"ט אב תשפ"ג, 11:11

לכל המעוניין

תאריך התאונה 26/03/2023 בשעה 16:00

מקום התאונה

מחלף נחשון - נווה שלום בכביש בין עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

7696469

סוג רכב

אוטובוס צבורי בין-עירוני

תוצר רכב

גולדן דרגון סי

חברת ביטוח

we sure

מספר פוליסה

1000022720035

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נחג	40796476	אליאס יואב	03/08/1981	דימונה, סא"ל עמנואל 28	קפלן - רחובות	קלח
נוסע	323948810	כחן יוסף	09/10/2001	ירושלים, בוסתנאי 34		
נוסע	200328367	נרינבלט אברהם אבירם	17/02/1988	באר שבע, אלישר קמלן - רחובות 39		קלח
נוסע	57527566	ברזאני פני	20/04/1962	מיתר, שדרות חזמיר 63	אסף חרופא/שמיר - צריפין	קלח



נוסע	55853840	אספית רחל	20/05/1959	באר שבע, ברק 32 קפלן - רחובות	קלה
נוסע	206639403	בן זקן אופק	28/08/1999	באר שבע, עיט 15 קפלן - רחובות	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
85598602	פרטי נוסעים	קיה קוריאה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
we sure	10000237007690900	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	36828150	בר תור איתמר	21/05/1985	נחשון, נחשון 0	קפלן - רחובות	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
6	בחקירה	27/03/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1914880	בוזגלו	שלומי

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
977090	יצחק	סבח	רסב	חוקר משל

מקום שרות

שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום



חתימה
06/08/2023 11:11

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 30)



מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 26/03/2023

תאריך שחרור: 26/03/2023

הופק ע"י דר' קונבסקי בוריס 26/03/2023 17:34

רפואה דחופה זיהומים
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023031266

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	גרינבלט	ת. לידה:	01/01/1988
שם פרטי:	אברהם אבירם	ת זהות:	20032836
כתובת:	אלישע 39/ באר שבע	גיל:	35
טלפון:	0502222982	שם האב:	משה דוד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 26/03/2023 16:17

מספר קבלה: 2023031266

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: פגיעה בעת שעת חרום

גורם מממן : כללית

סיום טיפול במלרד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה

אבחנה

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH OTHER VEHICLE (E813)
- Strain/Sprain Neck, Whiplash (8470)

תלונה עיקרית בבדיקה

ת"ד אר"ן, התהפכות אוטובוס

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
26/03/2023 16:48	דר' יוביץ' טטיאנה מ.ר. 140494	בן 35	בריא, היה מעורב בתאונת דרכים אוטובוס מול רכב עם התהפכות של אוטובוס. ללא איבוד הכרה, ללא בחילות אוהקאות

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 26/03/2023

תאריך שחרור: 26/03/2023

הופק ע"י דר' קונבסקי בוריס 26/03/2023 17:34

מיון:

רפואה דחופה זיהומים

דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568

רונית אילסר

08-9441399

08-9441711

2023031266

מנהל:

אחות אחראית:

טלפון:

פקס:

מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:		גרינבלט		ת. לידה: 01/01/1988	
שם פרטי:		אברהם אבירם		ת זהות: 20032836	
כתובת:		אלישע 39/ באר שבע			
טלפון:		0502222982		גיל: 35	
סוג דם:				שם האב: משה דוד	

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מלין על כאבים בגב, גפיים. נשברו משקפי ראייה

ללא איבוד הכרה, ללא בחילות אוהקואת

ללא רגישות בבטן או חזה

ללא חוסר נירולוגי

כרעג לא מדובר בבעיה כירורגית

ת - צילומים אורטופדיים

בן 35 רקע לעיל. עבר קלינרס כירורגי.

מתאר כי נחבל במרפק ימין, ברך שמאל בגבו התחתון ובשכם שמאל.

דר' קונבסקי בוריס מ.ר. 141117

26/03/2023

17:33

בבדיקתו:

בהכרה מלאה, נינוח, מניע 4 גפיים, GCS-15.

צוואר - מניע 90 מעלות לכל כיוון, אוזן לכתף דו"צ, פלקציה

ואקסטנציה שמורים. ללא סימני חבלה. רגישות פראוורטברלית

צווארית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס דו"צ.

גב - טווח תנועה מלא, ללא סימני חבלה. רגישות פראוורטברלית

מותנית, ללא רגישות ממוקדת במישוש מעל החוליות.

גפיים - כוח גס 5/5 שמור בכל התחנות. ללא רגישות גרמית. ללא

סימני חבלה. ללא רגישות או הגבלה בהנעת המפרקים. תחושה

שמורה.

דפקים פריפרים נמושו. רפלקסים תקינים, ללא רפלקסים

פתולוגיים.

ברך שמאל - ללא נפיחות ניכרת או תפליט. ללא סימני חבלה או

דפורמציה.

רגישות על פני סדק מפרקי מדיאלי. ללא רגישות על סדק לטרלי,

PES, במישוש הפיקה ובהנעתה. ללא רגישות לאורך הירך, ללא

רגישות על ראש הפיבולה ולאורך השוק. ללא רגישות בהנעת

מפרקי הירכיים וקרסול.

טווח תנועות ברך: יישור 0 כיפוף 120

יציבות AP ו-ML שמורה. מנגנון יישור וכח גס שמור.

ללא חסר NV דיסטלי.

מרפק ימין - טווחי תנועה המלאים ותקינים של המרפק בכל

המישורים. גפה דסיטאלית שמורה לפי RUM. נמוש רידאלי היטב.



מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 26/03/2023

תאריך שחרור: 26/03/2023

הופק ע"י דר' קונבסקי בוריס 26/03/2023 17:34

רפואה דחופה זיהומים
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023031266

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	גרינבלט	ת. לידה:	01/01/1988
שם פרטי:	אברהם אבירם	ת זהות:	20032836
כתובת:	אלישע 39/ באר שבע	גיל:	35
טלפון:	0502222982	שם האב:	משה דוד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

בצילום עמ"ש מותני, כתף שמאל, ברך שמאל, מרפק ימין - ללא רושם לממצא גרמי חריף.

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר חדר	מספר נשימות	כאב
16:53 26/03/2023	91	149 / 99	97	16	7

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	Oral
Drug Dosage: 500 mg	CPL	26/03/2023 16:42 פרץ אייל מ.ר. 234188	Once Rate from nurse:0	DEXAMOL CPL 500 mg	

המלצות

המלצה:
מעקב רופא מטפל
משככי כאבים לפי הצורך
פעילות גופנית מתונה
מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע ימים
חופש מחלה 3 X ימים
פיזיותרפיה
בכל מקרה של החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
חופשת מחלה: 3 ימים.

רופא אחראי

רופא: דר' יוביץ' טטיאנה מ.ר. 140494

הוראות

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 26/03/2023

תאריך שחרור: 26/03/2023

הופק ע"י דר' קונבסקי בוריס 26/03/2023 17:34

רפואה דחופה זיהומים
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023031266

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	גרינבלט	ת. לידה:	01/01/1988
שם פרטי:	אברהם אבירם	ת זהות:	20032836
כתובת:	אלישע 39/ באר שבע		
טלפון:	0502222982	גיל:	35
סוג דם:	שם האב:	שם האב:	משה דוד

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

חתימה: _____

מכתב נחתם ע"י: דר' קונבסקי בוריס מ.ר. 141117

המכתב הודפס על ידי דר' קונבסקי בוריס 26/03/2023 17:34

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



תאריך: 29/03/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.01	מין:	ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע	טלפון נוסף:	50 - 2222982	
מס בית:	1 / 39	טלפון:	50 - 2222982					

מספר הפניה:	35284010055	רשיון רופא	120123	תז נבדק	0200328367	מספר הפניה	035284010055	גורם שולח	5284
-------------	-------------	------------	--------	---------	------------	------------	--------------	-----------	------

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

STRAIN NECK

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה לאחר ת.ע.

בזמן נסיעה באוטובס חזרה מעבודה

סימנים חיוניים: גובה 170, 08/06/2018, משקל 66.95, 16/09/2018, bmi 23.17

לחץ דם 80 / 118, 15/03/2023

דופק 86, 15/03/2023

26/12/2022 מתאריך 117.06 eGFR

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
21/05/2019		NO DISEASE

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	OMACOR CAP (M) 1000MG 28 1000MG

ממצאים קליניים

מעקב רופא מטפל
משכני כאבים לפי הצורך
פעילות גופנית מתונה
מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע ימים
ימים 3 X חופש מחלה
פיזיותרפיה
בכל מקרה של החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
חופשת מחלה: 3 ימים.

120123

ד"ר סאלח אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 29/03/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		גרניבלט אברהם אבירם		מס זהות: 00200328367		גיל: 35.01		מין: ז	
ת.לידה: 17/02/1988		ישוב: באר שבע		רחוב: אלישע		טלפון: 50 - 2222982		מס בית: 39 / 1			
מספר הפניה: 35284010055		תז נבדק		מספר הפניה		גורם שולח					



לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

STRAIN NECK

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה לאחר ת.ע.

בזמן נסיעה באוטובס חזרה מעבודה

סימנים חיוניים: גובה 170, 08/06/2018, משקל 66.95, 16/09/2018, bmi 23.17

לחץ דם 80 / 118, 15/03/2023

דופק 86, 15/03/2023

26/12/2022 מתאריך 117.06 eGFR

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
21/05/2019		NO DISEASE

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	OMACOR CAP (M) 1000MG 28 1000MG

ממצאים קליניים

מעקב רופא מטפל
משכני כאבים לפי הצורך
פעילות גופנית מתונה
מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע ימים
ימים 3 X חופש מחלה
פיזיותרפיה
בכל מקרה של החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
חופשת מחלה: 3 ימים.

120123

ד"ר סאלח אזברגה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 25/06/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	גריןבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע
מס בית:	39 / 1	טלפון:	50- 2222982
		טלפון נוסף:	50- 2222982

26/03/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32006136534

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2006



032006136534



0200328367



129896

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

שירות שנבחר

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

המטופל מתלונן על מתלונן על כאבים בצוואר וגב תחתון ומרפק ימין לאחר תאונת דרכים מתאריך 26/03/23

נבדק בקפלן - ללא שברים. בטיפול תרופתי ופיזיותרפיה

מתהלך ללא צליעה

צוואר - רגישות פארוורטברלית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס. מוגבל בתנועת לקיון שמאל.

רגישות דיפוזי בגב תחתון, ללא הגבלה בתנועת גב. SLR לשלילי.

כח גס 5/5 בכול התחנות, ללא חסר תחושת. רפלקסים הופקו תקינים ושווים

דו"צ, חופמן וטרמלר שלילי דו"צ. ללא חוסר NV

המשך טיפולי פיזיותרפיה - חיזוק ושיפור טווח תנועת

יעוץ רופא נירולוג

CT עמ"ש צווארי

ביקורת עם דיסק ופיענוח CT

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
7231	CERVICALGIA	
7242	LOW BACK PAIN	

בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
21/05/2019		NO DISEASE

תאריך: 25/06/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.04	מין:	ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע	טלפון נוסף:	50-2222982	
מס בית:	39 / 1	טלפון:	50-2222982					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 26/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 25/06/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מתלונן על כאבים בצוואר וגב תחתון ומרפק ימין לאחר תאונת דרכים מתאריך 26/03/23

נבדק בקפלן - ללא שברים. בטיפול תרופתי ופיזיותרפיה מתהלך ללא צליעה

צוואר - רגישות פארוורטברלית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס. מוגבל בתנועת לקיון שמאל.

רגישות דיפוזי בגב תחתון, ללא הגבלה בתנועת גב. SLR לשלילי.

כח גס 5/5 בכול התחנות, ללא חסר תחושת. רפלקסים הופקו תקינים ושווים

דו"צ, חופמן וטרמלר שלילי דו"צ. ללא חוסר NV

המשך טיפולי פיזיותרפיה - חיזוק ושיפור טווח תנועת

יעוץ רופא נירולוג

CT עמ"ש צווארי

ביקורת עם דיסק ופיענוח CT

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לדימות	CT עמוד שדרה צו 78073-ט.מ.	H3 הודפס

בברכה,

רוסלן סוקולוב 129896

שם הרופא מס' רשיון

מחוז דרום
מחוז מרכז
מחוז צפון
מחוז תל אביב
מחוז ירושלים
מחוז חיפה
מחוז נגב
מחוז רמת הגולן
מחוז עוטף עזה
מחוז יהודה ושומרון
מחוז מזרח הנגב
מחוז מערב הנגב
מחוז מנחם פור

09/07/2023

10:23

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: אברהם גרינבלט ת.ז. 200328367
הבדיקה בוצעה במאר סניף: Beer-sheva בתאריך: 03/07/2023

להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה צווארי ללא חומר ניגוד:
סיבת ההפניה: בירור כאבים.

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

שינויים ניווניים במבנה הגרמי.

הנמכה בגובה הדיסק ושינויים ספונדילוסים קלים בלוחיות הסמוכות בגבהים C4-C6.
ללא שבר או פריקה.

ללא עדות לתזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.

בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:

גובה C3-C2: ללא בלט או בקע דיסק משמעותי.

גובה C4-C3: בלט דיסק דיפוזי ללא אפקט משמעותי על השק התקאלי, הנזירופורמינות שמורות.

גובה C5-C4: בלט דיסק אחורי דיפוזי גורם לאפקט מסה קל על השק התקאלי עם היצרות קלה של הנזירופורמינה מימין.

גובה C6-C5: דיסק אוסטיאופיט קומפלקס אחורי גורם לאפקט מסה קל-בינוני על השק התקאלי עם היצרות קלה-בינונית של הנזירופורמינות דו"צ.

גובה C7-C6: בלט דיסק דיפוזי ללא אפקט משמעותי על השק התקאלי, הנזירופורמינות שמורות.

לסיכום:

כמפורט.

(0,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר קואסמה פראס מ.ר. 130095
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 41500

הנדון: אברהם גרינבלט ת.ז. 200328367, בדיקה מתאריך: 03/07/2023

תאריך: 03/09/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.06	מין:	ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע			
מס בית:	1 / 39	טלפון:	50- 2222982	טלפון נוסף:	50- 2222982			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה: 26/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/09/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 35

ב-3.23 ת.ד, נפילה באוטובוס
נחבל בראש, צוואר, מרפק ימין, גב
בבדק במיון
סובל מכאב צווארי, הגבלה בתנועת, כאב גב מותני
כאב ראש - פרונטלי מימין, מלווה בסחרחורת,
כל שבוע
חוסר ריכוז, עצבנות יתר
הפרעות שינה, מתעורר עקב כאבי ראש
עושה פיזיותרפיה
לוקחת משככי כאבים

בדיקה גופנית:

בהכרה, דיבור תקין
אישונים שווים, מגיבים לאור, ללא ניסטגמוס,
פנים סימטריות, תחושה בפנים סימטרית
טונוס תקין, כח גס 5/5
החזרים שווים, ללא בבינסקי
תחושת כאב וויברציה תקינה
הילוך יציב, רומברג שלילי, מבחן אצבע אף ועקב ברך תקינים
טאנדם יציב

קוד	איפיון	אבחנה
A80	3/2023	ACCIDENT/INJURY; NOS
7840		HEADACHE
7242		LOW BACK PAIN
7231		CERVICALGIA

דין/תוכנית טיפולית: מצב אחרי ת"ד ב-23

סובל מכאב ראש, כאב גב, צווארי, הפרעות שינה
הומלץ להשלים בירור CT ראש ללא ח.נ.
דופלקס עורקי צוואר
טיפול מניעתי לכאב כרוני (כאב ראש, גב) גבאפנטין 300 מ"ג בערב, קבוע, חצי
שנה

קו	הפניות	פרטי החפניה
	הפניה לדימום	78073-ט.מ. CT ראש
	טופס הפניה כללי	78043-א.ס. US דופלקס עורקי

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	ר	N	יחידה	30	30	D	1	כמוסות	CAP	1	GABAPENTIN 300MG CAP 300MG

כמות	קוד	פעולות
1	152	152 פתיחת תיק
1	153	153 בדיקת נירואופטלמוגית

סיכום והמלצות: ביקורת עם תוצאות

בברכה,

נחתם דיגיטלית

35073

ד"ר ילנה וימינץ

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



22/10/2023

23:06

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: אברהם גרינבלט ת.ז. 200328367
הבדיקה בוצעה במאר סניף: Beer-sheva בתאריך: 22/10/2023

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של הראש:
סיבת ההפנייה: בירור.
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאליים.
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי.

מבנה תקין של ארובות העיניים, בסיס הגולגולת ושל תאים המסטואידלים.
איוורור שמור של מערות הפנים.
בגומה האחורית: פרנכימה וחדר רביעי שמורים.
מעל הטנטוריום: פרנכימה וחדרים שמורים.
קו אמצעי שמור.
ללא תהליך מוקדי בהגבלת בדיקה ללא הזרקת חומר ניגוד.
ללא דימום תוך גולגולתי.
בחלונות העצם: מבנה גרמי שמור, ללא שבר.

סיכום:
ללא ממצא חבלתי.
ללא ממצא חריג תוך גולגולתי בהגבלות הבדיקה ללא הזרקת חומר ניגוד.



(0,0,0, 1)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר אורן רות מ.ר. 34602
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 2810

הוקלד ע"י: רות אורן

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

22/10/2023

21:36

לכבוד
הרופא המטפל

דר' נכבד

הנדון: אברהם גרינבלט ת.ז. 200328367
הבדיקה בוצעה במאר סניף: Beer-sheva בתאריך: 22/10/2023

להלן בדיקה על-קולית דופלר של עורקי התרדמה:

מימין ומשמאל:

הודגמה מורפולוגיה, תרשימי זרימה ומהירויות בעורקי התרדמה המשותף, הפנימי והחיצוני בגדר הנורמה. הודגמה זרימה תקינה בעורקי החוליות.

(0, 0, 0, 0)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,



פוענח ע"י: ד"ר אלטשולר אלכסנדר מ.ר. 27731
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. 18680

הוקלד ע"י: אלכסנדר אלטשולר

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

13/11/2023 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
משה דוד	17/02/1988	ז	35.09	00-20032836-7	גריןבלט אברהם אבירם
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
50 - 2222982	50 - 2222982		39		אלישע
טלפון נוסף	טלפון		מס בית	רחוב	באר שבע
					ישוב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230646128 מספר זיהוי הפניה: 35284010055

תאריך הפניה: 29/03/2023

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר סאלח אזברגה רשיון רופא: 120123

מרפאה: מרפאת אורן

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			STRAIN NECK

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 03/05/2023 תאריך סיום טיפול: 13/11/2023

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 5 קבוצתי: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 8

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
5	הדרכה לתרגול בבית
5	תרגול כללי
5	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
5	הסבר בנושא כאב (EXPLAIN PAIN)
7	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

כאבים:

דיוג בעת סגירת הסידרה	דיוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר	צוואר
7	7	שמאל		

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: למטופל הנ"ל בוצעה סדרת טיפולים בפיזיותרפיה, ללא שינוי במצבו.
עדיין מתקשה לסובב את הראש, להתכופף, להרים דברים, מתקשה בישיבה ובעמידה ממושכת.
מטרות הטיפול לא הושגו.
לאור כך הוחלט על סגירת תיק.
מופנה לרופא לשקול טיפול אחר.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
13/11/2023
07/11/2023
12/09/2023
05/09/2023
22/08/2023
08/08/2023
01/08/2023
18/07/2023
13/07/2023
29/06/2023
18/05/2023
03/05/2023

מטופל
זו-1-28755
אמאן
חתימה וחודמות

ג'וזף דוד אלקסנדרוביץ
שם מטפל



08:23 תאריך: 19/11/2023

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.09	מין:	ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע	טלפון נוסף:	50 - 2222982	
מס בית:	1 / 39	טלפון:	50 - 2222982					

26/03/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35240023898

גורם שולח



5240

מספר הפניה



035240023898

תז נבדק



0200328367

מספר רשיון



029551

לכבוד: טיפול אלטרנטיבי

כאבים בצוואר

כאבי גב

הגבלה בתנועה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה ע"י רופא במכון	80001

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
E811	MOTOR VEHICLE ACCIDENT	
8470	STRAIN NECK	
7840	HEADACHE	
L10	ELBOW SYMPTOMS/COMPLAINTS	
L03	LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION	



תלונות: 19/11/2023

כאבים בגב תחתון
כאבים בצוואר
הגבלה בתנועה

סימנים חיוניים: גובה 170 08/06/2018 משקל 66.95 16/09/2018 bmi 23.17
לחץ דם 118 / 80 15/03/2023
דופק 86 15/03/2023

26/12/2022 מתאריך 117.06 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/08/2023
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/06/2023
ההפניות שהופקו ב 29/03/2023:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
07/06/2023
רופא אורתופד
ההפניות שהופקו ב 07/06/2023:
הפניה לרפואה יועצת - 70023-בדיקה רפואית - נייר
01/08/2023

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
21/05/2019		NO DISEASE

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	OMACOR CAP (M) 1000MG 28 1000MG

נחתם דיגיטלית

29551

ד"ר אינה דוידוביץ'

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 05/12/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: גרינבלט אברהם אבירם
 מס זהות: 00200328367
 גיל: 35.09 מין: ז
 תלידה: 17/02/1988
 ישוב: באר שבע
 רחוב: אלישע
 מס בית: 1 / 39
 טלפון: 50- 2222982
 טלפון נוסף: 50- 2222982

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 26/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 05/12/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 03/09/2023:

בן 35
 ב-3.23 ת"ד, נפילה באוטובוס
 נחבל בראש, צוואר, מרפק ימין, גב
 נבדק במיון
 סובל מכאב צווארי, הגבלה בתנועת, כאב גב מותני
 כאב ראש - פרונטלי מימין, מלווה בסחרחורת,
 כל שבוע
 חוסר ריכוז, עצבנות יתר
 הפרעות שינה, מתעורר עקב כאבי ראש
 עושה פיזיותרפיה
 לוקחת משככי כאבים
 05/12/2023:
 סוטבל מכאב ראש, הגבלה בתנועות בגב, צוואר
 לא סבל גבאפנטין, הפסיק תוך שבועיים עקב ת"ל - החמרה בכאב ראש ודפיקות
 לב
 דופלקס עורקי צוואר תקין
 CT ראש ללא ממצא מוקדי
 CT ע"ש צווארי - בלט דיסק C4-7
 לוקח משככי כאבים לפי צורך - אביטרן, ברקסין
 הופנה לרפואה משלימה

בדיקה גופנית:

03/09/2023:
 בהכרה, דיבור תקין
 אישונים שווים, מגיבים לאור, ללא ניסטגמוס,
 פנים סימטריות, תחושה בפנים סימטרית
 טונוס תקין, כח גס 5/5
 החזרים שווים, ללא בבינסקי
 תחושת כאב וויברציה תקינה
 הילוך יציב, רומברג שלילי, מבחן אצבע אף ועקב ברך תקינים
 טאנדם יציב
 05/12/2023:
 עצבים קרינאליים תקינים
 כח גס 5/5, אין דילדול בכפות ידיים
 החזרים ותחושה סימטרים
 הליכה, רומברג, מבחן אצבע אף תקין.

קוד	איפיון	אבחנה
A80	3/2023	ACCIDENT/INJURY; NOS
7840		HEADACHE
7242		LOW BACK PAIN
7231		CERVICALGIA

דיון/תוכנית טיפולית:

05/12/2023

מצב אחרי ת"ד ב-3.2.2023

סובל מכאב ראש, כאב גב, צווארי,

CT ראש ודופלקס עורקי צוואר תקינים

הומלץ - משככי כאבים לפי צורך

רפואה משלימה

המשך מעקב אורתופד

פעולות	קוד	כמות
153 בדיקת נוירואופטלמוגית	153	1

סיכום והמלצות: ביקורת לפי הצורך

בברכה,

ד"ר ילנה וימינץ	35073	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

ד"ר ילנה וימינץ
רופאת נוירולוגיה
מחלקת נוירולוגיה
מרכז הרפואי
05/12/2023



תאריך: 10/01/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.11	מין:	ז
תלידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע	טלפון נוסף:	50- 2222982	
מס בית:	39 / 1	טלפון:	50- 2222982					

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 26/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/01/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 26/03/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2023 מתלונן על כאבים בצוואר וגב תחתון ומרפק ימין לאחר תאונת דרכים מתאריך 26/03/23

נבדק בקפלן - ללא שברים. בטיפול תרופתי ופיזיותרפיה מתהלך ללא צליעה צוואר - רגישות פארוורטברלית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס. מוגבל בתנועת לקיון שמאל. רגישות דיפוזי בגב תחתון, ללא הגבלה בתנועת גב. SLR לשלילי. כח גס 5/5 בכול התחנות, ללא חסר תחושת. רפלקסים הופקו תקינים ושווים דו"צ, חופמן וטרמלר שלילי דו"צ. ללא חוסר NV המשך טיפולי פיזיותרפיה - חיזוק ושיפור טווח תנועת יעוץ רופא נירולוג CT עמ"ש צווארי ביקורת עם דיסק ופיענוח CT 10/01/2024

מצבו ללא שינוי לדבריו, שולל תלונות חדשות

בדיקה גופנית: הליכה תקינה, כח גס תקין, ללא חוסר תחושה סיגמנטרי, ספרולינג שלילי, הופמן שלילי, רפלקסים סימטריים, תקינים, ללא רפלקסים פטולוגים. רגישות פאראורטברלי, ללא רגישות גרמי, ללא קלונוס וספאסטיות, טווחים בצוואר תקינים, כאובים. CT מספר בליטי דיסק עם לחץ על השק ב-C3-7

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
7231	CERVICALGIA	
7242	LOW BACK PAIN	

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 25/06/2023 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו 10/01/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9	הודפס

סיכום והמלצות: נגד כאבים לפי צורך, NSAIDS המשך מעקב רופא מטפל בכול החמרה לפנות לרופא המשך פיזיותרפיה

בברכה,

ד"ר אלכסיי אלחוזוב 121128 **נחתם דיגיטלית**

תאריך: 10/01/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	גרינבלט אברהם אבירם	מס זהות:	00200328367	גיל:	35.11	מין:	ז
ת.לידה:	17/02/1988	ישוב:	באר שבע	רחוב:	אלישע			
מס בית:	39 / 1	טלפון:	50 - 2222982	טלפון נוסף:	50 - 2222982			

26/03/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32006200849

מספר הפניה:

גורם שולח



2006

מספר הפניה



032006200849

תז נבדק



0200328367

רשיון רופא



121128

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2023:

מתלונן על כאבים בצוואר וגב תחתון ומרפק ימין לאחר תאונת דרכים מתאריך 26/03/23

נבדק בקפלן - ללא שברים. בטיפול תרופתי ופיזיותרפיה מתהלך ללא צליעה

צוואר - רגישות פארוורטברלית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס. מוגבל בתנועת לקיון שמאל.

רגישות דיפוזי בגב תחתון, ללא הגבלה בתנועת גב. SLR לשלילי.

כח גס 5/5 בכול התחנות, ללא חסר תחושת, רפלקסים הופקו תקינים ושווים

דו"צ, חופמן וטרמלר שלילי דו"צ. ללא חוסר NV

המשך טיפולי פיזיותרפיה - חיזוק ושיפור טווח תנועת

יעוץ רופא נירולוג

CT עמ"ש צווארי

ביקורת עם דיסק ופיענוח CT

10/01/2024

מצבו ללא שינוי לדבריו, שולל תלונות חדשות

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
21/05/2019		NO DISEASE

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	OMACOR CAP (M) 1000MG 28 1000MG 1

ממצאים קליניים

הליכה תקינה, כח גס תקין, ללא חוסר תחושה סיגמנטרי, ספרולוג שלילי, הופמן שלילי, רפלקסים סימטריים, תקינים, ללא רפלקסים פטולוגיים. רגישות פאראורטברלי, ללא רגישות גרמי, ללא קלונוס וספאסטיות, טווחים בצוואר תקינים, כאובים.

ב CT מספר בליטי דיסק עם לחץ על השק ב-C3-7

נחתם דיגיטלית

121128

ד"ר אלכסיי אלחזוב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 32 עד 32)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

אבירם גרינבלט - נגד - WESURE חברה לביטוח בע"מ

התובע, אבירם גרינבלט, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הנזירולוגי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים קפלן, בתל השומר 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 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 34 עד 36)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה גרינבלאט שם פרטי משה תעודת זהות 20032836 שם האב _____

רחוב 111 מס' 39 עיר מ/י 777 מיקוד _____ טלפון _____

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____ 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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 15.1.24 עד לחתימה ומס' מריאל פרייברג, עו"ד חתימה: _____

X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מ.ר. 62254

יפוי כח

אני הח"מ, אריאל פרייברג

ת.ז.ח.פ. מס' 20032436, מרחוב 1116 39 5

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום 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 פסי"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 15 לחודש א שנה 75

חתימה: אריאל פרייברג
הנני מאשר את חתימת מרשמי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אריאל פריברג בעל ת.ז. 20032731 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 אריאל פריברג
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פריברג מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 15.7.20 הופיעה בפני אריאל פריברג (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 20032731 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.

אריאל פריברג, עו"ד
62254
חתימת עורך הדין