

תאריך חתימת המסמך : 17.1.24

התובע : **נתן בר יוסף, ת.ז. 304056633**
מרחוב ארי בן אלעזר 102/14, אשקלון
טלפון : 055-8885025

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

– נ ג ד –

הנתבע : **המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול**
מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון
טל' : 03-9424300; פקס : 03-9620303
דוא"ל : poolmoked@pool.org.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 8.5.1986, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 90-511-34 (להלן: **"הרכב/האופנוע"**).
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 תעודת חובה וצילום רישיון נהיגה, 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, טכנאי מיזוג אוויר, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
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 12.3.21, בשעה 19:00 או בסמוך לכך, עת רכב על האופנוע, פגע האופנוע בבור וידו נחבטה בכידון והוא נחבל ונפגע (להלן: **"התאונה"**).
8. לאחר התאונה טופל במסגרת מוקד רפואה דחופה, שם אובחנה חבלה לשורש כף יד ימין עם נפיחות והגבלה משמעותית בתנועה. בדיקת הדמיה הדגימה שבר מרוסק בסקפואיד ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר לביתו כשידו מקובעת בסד בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת קופת החולים, הופנה לביצוע בדיקות נוספות, ביקורת, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה ממושכת לצורך החלמה.
10. לתובע הוחלף הגבס מספר פעמים ובהמשך הוסר הגבס והופנה להמשך טיפול לצורך הפעלת היד והקניית טווחים, המשך מנוחה ומעקב.

11. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת מרפאת כף יד של בית החולים שיבא, שם הוחלט על הסרת הגבס, שימוש בסד מייצב אגודל, המשך מעקב רפואי במסגרת מרפאות כף יד והפניה לביצוע טיפולי ריפוי בעיסוק בקהילה.
12. התובע הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה לצורך ניהול שגרת יום וביצוע פעילות יומיומית. בסיום סדרת טיפולי פיזיותרפיה נותר עם אטרופיה של יד ימין, מטרות שהושגו בחלקן ועם הנחיה להתחיל חזרה לפעילות מתונה של הגוף. התובע המשיך במעקב רפואי ובביצוע תרגילי פיזיותרפיה וחזקת השרירים.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות שורש כף יד וזרוע ימין, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי באחיזה והרמה, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים עזים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, מכאבים עזים בעת חילופי מזג אוויר ומאמץ, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
14. התובע טכנאי מיזוג אוויר, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בביצוע פעילות פיזית, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.
15. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
16. 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 – | ₪ 185,750 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 38,250 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 12,500 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 25,250 |

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:

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

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: תעודת חובה וצילום רגל (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 37)	34



נספח 1 :

תעודת חובה וצילום רנ

(עמודים 7 עד 8)



תעודת ביטוח הכוללת השתתפות עצמית

השתתפות עצמית בנזק שאינו נזק ממון עד - 25,000 ש"ח, ואובדן השתכרות עד 7 ימי אובדן השתכרות. אחוז הנזח בפוליסה זו 30% סכום דמי הביטוח שהופחתו בשל הכללת התניה של השתתפות עצמית 1255.0 ש"ח.

"רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:
https://www.pool-act.org.il/?CategoryId=221

בביטוח בהתאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצוינים לעיל, כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - "המבטחים"). כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שבתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, ת.ד. 17160 ראש"צ 75070, סלפון: 03-9424300 הינו מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי לעצב כל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

2: 012121 א4 ג1

מס' תעודה	מס' פוליסה	מס' רשוי	שם הסוכן	מס' הסוכן
203-711900780420-00	9051134	איילון - מטרן	7151	
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ח"פ	מס' סוכן משני	מס' תשלום וחומת הבנק	תעודה זו - אין לה תוקף.
בר יוסף נתן	304056633			
כתובת בעל הפוליסה	אריה בן אליעזר 102 אשקלון			

מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוחו	יצרן / דגם	סמ"ק / הספק	משקל	שנצ יצור / מועד עליה לכביש כולל נהג	מס' נוסעים
T409FM779179	אופנוע	ק.ט.מ. אנדור	690		2016	כחוק

סוג הרכב בהתאם לרשיון הרכב: אופנוע - נהג נקוב בשם

אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 1/08/2020 מועד פקיעת הביטוח: 31/07/2021 בחצות

ת"ז 304056633 בר יוסף נתן בלבד

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב התעודה.

אם הגבלות, חריגים, נוספים מעבר לדף. נטות השימוש המותרות ברכב:

חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6 (א) (1) שבגב התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאין נכללות:

כמפורט בסעיפים שחבר לדף שמספריהם נקובים בסעיפים: 6 (א) (2), 6 (א) (3), 6 (א) (4), 6 (ב), 6 (ג).

הרחבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS: לא, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS:

אנו מאשרים בשם המבטחים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה, מוצאת לפי הוראות הפקודה.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פול")

יום ושעת הוצאה: 26/07/20 09:44 מספר ימי ביטוח: 365

סה"כ דמי ביטוח 3,490.00 ₪

ספח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 34, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג: נהג, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2007, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת". פרטית

הודעת זיכוי

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פול")

מס' תעודה	מס' זהות / ח"פ	מס' נוסעים	מס' שילדה	מס' רישוי	מס' פוליסה
	304056633	כולל נהג	T409FM779179	9051134	203-711900780420-00
מס' תעודה	מס' פוליסה	מס' רישוי	מס' שילדה	מס' נוסעים	כולל נהג
	203-711900780420-00	9051134	T409FM779179	כולל נהג	כולל נהג

מס' מוטב 62-006763

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני:

1/08/2020

מועד פקיעת הביטוח

בחצות 31/07/2021

אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד



203711900780420000349004

יום ושעת הוצאה: 26/07/20 09:44

סה"כ דמי ביטוח 3,490.00 ₪

ניתן לשלם במזומן בבנקים:

לאומי 803-704529/53 הפועלים 600-494020 דיסקוט 707154418 מזרחי 461-531383 בנק הדואר 4-28295-5883676 ישראל 883676

בלי תשלום וחומת הבנק תעודה זו - אין לה תוקף.

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל

בר-יוסף
1. BAR-YOSEF
נתן
2. NATAN
3. 08.05.1986
4. כ"ט בניסן התשמ"ו 4a. 03.05.2020
4b. 08.05.2030 4d. ID 304056633
5. 8571615 6633
8. בן אליעזר אריה 102 אשקלון

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל
מלגזה עד 20000 ק"ג

9. A B 6633

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 30)



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים. פרוט: תאונת דרכים	תיק מס': 105054	Discharge Chart גליון שחרור	ביקור מס': 261800	תאריך ביקור Date: 19:59 12/03/2021
---	--------------------	--------------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם
דר. אברהם אבו אל טיין

שם: Name: נתן ברי-יוסף
תז: ID: 304056633

נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב
תקין
קופסה: מכבי

סיכום הביקור:

Diagnosis	אבחנה
-----------	-------

Fx scaphoid

Pulse: 86, TempC: 36.8 PO, O2sat: 96, BP: 131/80 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 34 years 10 months

Injury/Pain Exam:

RIGHT WRIST : Hyperextension, Pain started in < 1 hr, Pain is moderate, Distal ulna NOT tender, Distal Radius tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space NOT tender, SnuffBox tender, Metacarpals NOT tender, Is sensitive, No wrist swelling, No wrist Hematoma, No wrist Deformation,

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
שוק שרם קבלתו
ביתן נהיגה באפנוע
עשה תנועה ביד ימין מהירה - הפראקטינציה
ומאז מלין על כאבים
===

נכנס אזור ומצב - האמה החלו כאבים 45 י"מ ונפחתה
(קרב) אמה מהידוק

בדיקה גופנית:
מדדים חיונים תקינים ללא מצוקה יציב
שורש כף יד ימין - ללא אודם ללא נפיחות ללא דיפורמציה, רגישות ברדיוס + אולנה דיסטלי, רגישות בב
טייח תנועה מוגבל בשורש כף יד - לא מצליח להרים או להוריד כף
תחושה שמורה בכל הגפה

CORONA : No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive, No fever over 38, No SOB, No cough, NOT in quarantine

מהלך ודיון:
צילום שורש כף יד ימין - רושם לשבר מרוסק בסקאפואיד

טיפול - SPICA

משתחרר במצב תקין
-מעקב אורטופד בקהילה תוך 48 שעות
נגד כאבים לפי צורך
-בכל החמרה יש לחזור לבדיקת רופא
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Urinalysis, Cast

צילומים שבוצעו:
שורש כף יד ימין <<<

סקפואיד ימין <<<

ראה צילומים

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit	פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):
SPICA, Sling	
Special instructions and recommendations on discharge	הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור
על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן כי אתה סובל משבר באחת או יותר מהעצמות. ניתן להקל על הכאב על ידי נטילת משככי כאבים וחבישת גבס לפי הצורך. יש לפנות לאורתופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך הטיפול. יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב חזק או שהינך מרגיש לחץ מהגבס. גבס נועד להחזיק את השבר במקומו, להגן על האיזור ולמנוע תנועה על מנת לזרז את תהליך הריפוי ולהקל על הכאב. הוראות טיפול בגפה מגובסת: - הפחתת נפיחות- שים קרח עטוף בשקית או בקבוק מים קרים ישירות על הגבס, בדיוק מעל מקום השבר. יש לחזור על פעולה זו במהלך היומיים הראשונים שלאחר הפציעה פעמיים או שלוש, כל פעם למשך 30-60 דקות. - הרמת הגפה הפגועה: 1. יד: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה 2. רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה. על מנת להתרחץ - יש לעטוף את הגבס בשקית על מנת להשאיר אותו יבש ובכל מקרה להמנע מהכנסתו למים. יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות: 1. כאב עז שלא שוכך, אפילו לאחר נטילת משככי כאבים כגון אקמול. 2. נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל) 3. איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל. 4. ירידה בחום של האצבעות	
מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים, מעקב עם אורטופד בעוד 2 ימים קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. אברהם אבו אל טייף מ.ר. 161285	



מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כומומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה , או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שעה:

חדר	קופ"ח מכבי רופא מפנה/הקבוע	שם נתן ברי-יוסף תד 304056633 גיל 34 שנים 10 חדשים כתובת: אריה בן אליעזר 102 אשקלון נייד 0558850253	RR	%SaO2	T/דון
			B/P	לח"ד 131/80	דופק/P 86 סדיר
תאונת דרכים		טל בית			

AK 105834 26/12/16 Fx Toe , XR

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

מ'טריאג'

20:06:15

הוזמן: נדאל אבו ציאם

Allergies: NONE

:At home

Optalgin/Other<4hrs

כף יד R, שורש כף יד R, סקפואיד R

Urinalysis

name:	time
-------	------

No treatments ordered

(3) 261 800 1171

12/03/2021 20:28:55 ב: חוזמן

חולה: בתן ב

*****633 IT

חזמ"ן: אברהם אבן אל ס"פ

י"ב: נזאל אבו ציאם

קופה: מכבי

SPICA

שעה: 20:29

467

Sling

שם: _____ שעה: _____

אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח

לבית חולים

פנוי באמבולנס

הופנה לרוממה

ד"ר אברהם אבן אל טייף
מס' רשיון 1-161285
חפא כללי

במקרה של חמרה

יש לחזור !!

אי

אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל

שמסרתי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי

קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך

זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין

חתימת חולה:



חתימת וחותמת רופא

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



0314520339



030398

קוד הפניה: 210850943

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מין: ז	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	טל.עבודה/נייד: 0558850253



0304056633

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

גורם משלם: 30 ביקור ר"ד

תלונות: בן 34

לפני יומיים נחבל בשורש כף יד ימין

גובס ב thumb spika עקב שבר ללא תזוזה במוותניים של עצם הסירה

דוד שלם

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Right Right

אבחנה:

מעש/ת: לא

מופנה לצורך:

החלפת גבס לגבס פלסטי



** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
 תוקף הפניה זו לתאריך 15/03/2021 בשעה 08:59:15

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
 מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

ד"ר יאן גולדניצקי
 מומחה בכירורגיה אורתופדית
 מ"ר 30398 מ"מ 26386

14/03/2021

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך



0314520339



030398

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מין: ז	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	טל.עבודה/נייד: 0558850253



0304056633

זימון לביקורת

הזמנה לביקורת: מוזמן לביקורת בעוד כ- 4 ימים

18/03/2021

בתאריך:

14/03/2021

תאריך

ה' גולדניצקי
מומחה בכירורגיה אורתופדית
ד"ר גורם מפנה 26306
חתימה וחותמת הרופא

16-19
18/3
א
6
כ



מ.ר גורם מפנה



030398

ד"ר גולדניצקי יאן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: בר-יוסף		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 304056633	
ת.לידה: 08/05/1986		מין: ז		טלפון: 0558850253		טל.עבודה/נייד: 0558850253	
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון		מיקוד: 7846038					

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 14/03/2021 עד יום: 31/05/2021 סה"כ: 79 ימים.

ד"ר יאן גולדניצקי
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ"ר 30398 חר"י 26306

14/03/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך הדפסה: 18/03/2021

מכבי שירותי בריאות

ד"ר גולודניצקי יאן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0314520339



030398

קוד הפניה: 211686904

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מין: ז	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	טל.עבודה/נייד: 0558850253

מכון רנטגן

הבדיקה הדרושה

פרק כף יד 4 צילומים (לסקפואיד) - 3110 (ימין)

שאלה למבצע הבדיקה: בעוד 5 שבועות

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Right Right

מעשנת: לא

דחיפות הפענוח: רגיל

18/03/2021

תאריך



חתימה וחומת הרופא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/03/2021 עד תאריך - 14/09/2021

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



0314520339



030398

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מין: ז	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	טל.עבודה/נייד: 0558850253



0304056633

זימון לביקורת

הזמנה לביקורת: מוזמן לביקורת בעוד כ- 5 שבועות

18/03/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

19/04/21

18⁵⁰

19/4



גיל: 34.10

שם רופא/ה: ד"ר גולודניצקי יאן

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 2917763

תלונות: בביקור בתאריך 14/03/2021 בשעה 08:56:14
בן 34

לפני יומיים נחבל בשורש כף יד ימין
גובס ב thumb spika עקב שבר ללא תזוזה במותניים של עצם הסירה
טו שלם

בביקור בתאריך 18/03/2021 בשעה 17:27:45
הביא גבס פלסטי - לא מתאים ל thumb spika
הושם גבס מלא רגיל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
	Rt	Rt	FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	3.5	2232	POP-Forearm hand removal
!	1	7	2230	POP-Forearm/hand



מוזמן למעקב: ☒ כן בעוד כ- 5 שבועות ☒

ד"ר גולודניצקי
מנהל קליניקה אורתופדית
מ"ר 30898 מ"ר 6306



מכון דימות: אשקלון כתובת: הגבורה 3 אשקלון טלפון: 08-6747616

פרטי רופא מפנה:

שם: גולדניצקי יאן

מ.ר: 30398

תאריך הבדיקה: 18/04/2021

תאריך הפיענוח: 19/04/2021

שם הנבדק: בר-יוסף נתן

ת.ז. הנבדק: 304056633

כתובת הנבדק: בן אליעזר אריה 102\14 אשקלון 7846038

טלפון הנבדק: 055-8850253 טלפון נייד: 055-8850253

תשובת בדיקת דימות: 21220946

שם הבדיקה/ות: פרק כף יד 4 צילומים

הבדיקה בוצעה ללא פענוח רדיולוג.

**בברכה
צוות מכון אשקלון**



תאריך: 19/04/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר גולדניצקי יאן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



030398

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן
ת.לידה: 08/05/1986	מ.י. ז
תל.עבודה/נייד: 0558850253	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד 7846038

זימון לביקורת

הזמנה לביקורת: מוזמן לביקורת בעוד כ- 45 ימים

03/06/2021

בתאריך:

19/04/2021

תאריך

הרופא
חתימה וחותמת הרופא
0868850253

3/06

18:25





030398

קוד הפניה: 215590126

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: בר-יוסף		שם פרטי: נתן		ת.ז.: 304056633	
ת.לידה: 08/05/1986		מין: ז		טלפון: 0558850253		טל.עבודה/נייד: 0558850253	
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון		מיקוד: 7846038					

הפניה לאביזר / ציוד רפואי**במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)**

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Right Right

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

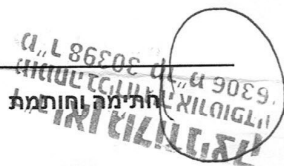
תחום: אורתופדיה

שם אביזר	כמות	קוד אביזר	קוד ספק	נמכר במכביפארם
חבק שורש כף יד עם סד לאגודל (ללא צורך בהפניה)---ימין	1	96574		כן

תוקף הפניה 45 יום, עד תאריך 03/06/2021

19/04/2021

תאריך



טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ניתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555* לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)



030398

קוד הפניה: 215590165

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 304056633

שם פרטי: נתן

שם משפחה: בר-יוסף

טל.עבודה/נייד: 0558850253

טלפון: 0558850253

מין: ז

ת.לידה: 08/05/1986



0304056633

מיקוד: 7846038

כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון

מכון פיזיותרפיהתלונות: בביקור בתאריך 14/03/2021 בשעה 08:56:14
בן 34לפני יומיים נחבל בשורש כף יד ימין
גובס ב thumb spika עקב שבר ללא תזוזה במותניים של עצם הסירה
סד שלםבביקור בתאריך 18/03/2021 בשעה 17:27:45
הביא גבס פלסטי - לא מתאים ל thumb spika
הושם גבס מלא רגילבביקור בתאריך 19/04/2021 בשעה 18:51:35
החליף גבס לגבס פלסטי, הגבס מפורק
צילומים - השבר מחובר
הסרת גבס

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Right Right

אבחנה:



מעשנות: לא

סיבת ההפניה: לטיפולכם בתודה- הפעלה אחרי שבר וג'יבוסמ.ר גורם מפנה
טל.עבודה/נייד: 0558850253
מיקוד: 7846038

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2021 עד תאריך - 16/10/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

19/04/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים
מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 08/06/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



030398

ד"ר גולדניצקי יאן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866250

פקס: 08-6539882

כתובת: אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן
ת.לידה: 08/05/1986	מין: ז
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	טלפון: 0558850253
0304056633	ת.ז.: 304056633
טל.עבודה/נייד: 0558850253	
מיקוד 7846038	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 01/06/2021 עד יום: 30/06/2021 סה"כ: 30 ימים.

08/06/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





דר' שמואל עובדיה

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9350563

פקס: 08-9350563

כתובת: שד' אליהו 8, מזכרת בתיה

פרטי הנבדק:		שם פרטי: נתן		שם משפחה: בר-יוסף		ת.ז.: 304056633	
ת.לידה: 08/05/1986		מין: ז		טלפון: 0558850253		טל.עבודה/נייד: 0558850253	
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון		מיקוד: 7846038					

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 01/06/2021 עד יום: 30/06/2021 סה"כ: 30 ימים.

07/06/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





0304056633

המרשם בתוקף מ: 14/03/2021 עד 28/03/2021

מר בר-יוסף נתן

בן אליעזר ארי 102 אשקלון

Rp.

טל סלולרי: 0558850253

טלפון: 0558850253

סה"כ: 2 OP

גבס פלסטי 10 ס"מ - 2 גלילים : שמות החלופות

הוראות שימוש: לפי הצורך



* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



836089

[o.m]

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר יאן גולדניצקי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מ"ר 30398 מ"מ 26306

ד"ר גולדניצקי יאן
מומחה כירורגיה אורתופדית
אדמונד דה רוטשילד 9, אשקלון
מ.ר.: 30398 טל: 08-6866250



030398

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

חתימה וחותמת הרופא
ת.הפקה: 14/03/2021

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת יליי המרשם לא נוצל עדיין.

*** מקור ***

תאריך 14/03/2021
שעה 8:55:56

קבלה מספר 1

נתקבל מאת...: בר-יוסף נתן
כתובת.....: רח' בן אליעזר אר בית: 102 דירה: 14
אשקלון 7846038

מספר	סעיף	תשלום עבור	סכום
פעולה	תקציבי	היטל רופאים מקצועיים	29.00
001	638		

סה"כ: 29.00 ש"ח

מספר 117 בתוקף עד: 11/2026

שולם ב: כרטיס אשראי ויזה כאל
החיוב יועבר לגביה בתשלום אחד

בכבוד רב,
מכבי שרותי בריאות
מרכז רפואי מטה מכבי
מתאמת שרות היטלים רבעון 211
מס. פניה 1049962

חתימה וחותמת



296505

מכבי שירותי בריאות

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר קוז'אק יבגני

מומחיות: רופא/ה כללית

טלפון: 08-6866250

מס ביקור

000171830144

פקס: 08-6539882

פרטי מטופל

שם מטופל: ברי-יוסף נתן

ת"ז: 304056633

גיל 35 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0558850253, 0558850253

ת"ז

0304056633

מין: ז

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 29/06/2021 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. etodolac 500 mg ביום * ETOPAN (אחרי האוכל (קיבה מלאה	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה		1 טבליה		29/06/2021-13/07/2021 - כמות ליפוק: TAB 20 ** השתתפות עצמית: 70 %	

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



תאריך הדפסה: 07/07/2021

מ.ר. גורם מפנה



140099

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה טופס

19/07/2021

זריהן דוד

פיזיותרפיה

טלפון: 08-6747666

פקס: 073-2132267

כתובת: הגבורה 3, אשקלון

שם משפחה: ברי-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מ.י.ז: 0558850253	טל.עבודה/נייד: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 07/07/2021

ת.ז.: 304056633

מ.י.ז:

לכבוד דר' ד"ר גולדניצקי יאן

מרות ברי-יוסף נתן

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
מטופל ינהל שגרת יום ללא כאב שכי"י ימין	28/06/2021	הושלם חלקית	28/04/2021

טופל החל מ- 28/04/2021

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
ADMIN ORTHOPEDIC COMPLEX
EVALUATION INITIAL

Specific Education Techniques-

TELE FOLLOW UP WITH PATIENT

סה"כ 6 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

ב-12.3.21 ברכיבה על אופנוע נתקע בבור, בהתנגשות יד ימין נחבלה בחוזקה בכידון.
לאחר מספר שעות פנה לטרם, צילום - שבר סקאפואיד ימין.
גובס ב-טרם, במכבי הוחלף גבס אצל דר' יאן. לאחר מכן החליף לגבס פלסטי באופן פרטי.
19.4.21 צילום ביקורת שבר מאוחה, הסרת גבס והתחלת הפעלה.
28.4.21 בקבלתו כאוב בעיקר בהנעת כף-יד, אך יש גם גלי כאב במנוחה.
ללא הבדל ערב בוקר.
בלילה לקראת שינה מעט יותר כואב, בשינה לא מתעורר מכאב.
נוטל משכ"כ לפי צורך (רוקסט) פעם ביום או בכמה ימים.
מרגיש מחוסר תנועתיות, בעיקר בבוקר.

עבודה - פיזית, התקנות מיזוג-אוויר.

חתימה

תאריך הדפסה: 07/07/2021

מ.ר גורם מפנה



140099

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה טופס

19/07/2021

זריהן דוד

פיזיותרפיה

טלפון: 08-6747666

פקס: 073-2132267

כתובת: הגבורה 3, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מ.י.ז:	טלפון: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	טל.עבודה/נייד: 0558850253	מיקוד: 7846038



0304056633

פע"ג - ריצות 4 פעמים בשבוע 10-15 ק"מ לריצה, חד"כ - זו פעילות שמבצע בתקופות שונות בחיים, חודשים פעיל וחודשים לא פעיל.

הערכה אובייקטיבית 28.4.21
הסתכלות

אטרופיה כללית ביד ימין - BICEPS, TRICEPS, CFT, CET

תנועות

יד שמאל

טווחים וכח מלאים כתף, מרפק, שכי ואצבעות.

יד ימין

טווחים וכח מלאים כתף

מרפק טווחים וכח מלאים למעט -

SUP חוסר 20-30 מעלות אקטיבי ופאסיבי

שכי

DF אקטיבי 45, פאסיבי נמנע להמשיך מכאב.
PF אקטיבי 60, פאסיבי 70 נמנע להמשיך מכאב.

אצבעות

F/E אקטיבי מלא, כח 5/5

אגודל

טווח אקטיבי מלא, אמנם כח 4/5 לעומת 5/5 בפעולות -
F אגודל לתוך כף יד, E אגודל, וב-TIP-TO-TIP.

נתן הודרך לחזור לפע"ג מתונה כללית של הגוף, ובהקשר לשבר הוודרך להפעלה אקטיבית בעוצמה ובמינון נמוכים, אך בחזרות רבות במהלך היום. עם השיפור בטווח האקטיבי והירידה בכאב, התקדם לתנועות פאסיביות להגדלת טווחי התנועה החסרים (מרפק, שכי ואצבעות). במקביל לנ"ל הוודרך כבר להתחיל באימוני התנגדות לפלג-גוף עליון. שאינם מערבים מאמץ שרירי ו/או כוחות גזירה רבים בשכי (לחיצות כתפיים וזרה, חתירות) - במשקלים דומים למה שרגיל על קבוצות שרירים אלו.

בהדרגה נבנה אימון התנגדות גם למרפק ושכי, גם לתנועות שבהן כוחות גזירה.

יש לציין כי נתן הפנים ויישם באופן מרשים את ההנחיות, תרגל בקליניקה ובביתו כנדרש, ועזר להכווין את הטיפול בעזרת פידבק עיקבי בקליניקה לתרגול הביתי.

בהערכה אובייקטיבית חוזרת 25.5.21 לעומת 28.4.21

חתימה

תאריך הדפסה: 07/07/2021

מ.ר גורם מפנה



140099

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה טופס

19/07/2021

זריהן דוד

פיזיותרפיה

טלפון: 08-6747666

פקס: 073-2132267

כתובת: הגבורה 3, אשקלון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בר-יוסף	שם פרטי: נתן	ת.ז.: 304056633
ת.לידה: 08/05/1986	מ.י.ז: 0558850253	טל.עבודה/נייד: 0558850253
כתובת: בן אליעזר ארי 102/14, אשקלון	מיקוד: 7846038	



0304056633

אטרופיה כללית ביד ימין - BICEPS, TRICEPS, CFT, CET -
- היום במגמת שיפור.

תנועות

יד ימין

טווחים וכח מלאים כתף

מרפק טווחים וכח מלאים למעט SUP חוסר 20-30 מעלות אקטיבי ופאסיבי
- היום טווחים מלאים, כאב ב-OP בלבד

שכ"י

DF אקטיבי 45 פאסיבי נמנע להמשיך מכאב.

- היום אקטיבי 60 פאסיבי 80 (שמאל קרוב ל-100)

PF אקטיבי 60 פאסיבי 70 נמנע להמשיך מכאב.

- היום אקטיבי 70-80 פאסיבי 90 (שמאל קרוב ל-100)

אצבעות

F/E אקטיבי מלא, כח 5/5

אגודל

טווח אקטיבי מלא, אמנם כח 4/5 לעומת 5/5 ב-F לתוך כף יד וב-E וב-TIP

TO-TIP

- היום טווח וכח מלא בכל הנ"ל ללא כאב.

לסיכום,

המצב כחודש לאחר שהוסר גבס והותרה הפעלה - טווחים וכח מלאים

מרפק שכ"י ואצבעות שמאל.

קושי תפקודי שנותר בעינו גם היום 7.7.21 - חולשת GRIP, וכאב בנשיאת

משקל על כף-יד שמאל.

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: זריהן דוד

שם המכון: אשקלון מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה

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

נתן בר יוסף - נ ג ד - המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול

התובע, נתן בר יוסף, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי 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 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 34 עד 37)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר חוב מ"י ין אלטר שקלון 30405633 401 הי י"א
 ת.ז. מס' 30405633 את עו"ד אריאל פרייברג ואו יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפט של
 נגד בענין תאונת דרכים מיום
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, 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 חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולהתווסף 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 פס"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/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,

· לטפל ברישומו 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 13 לחודש 9 שנה 20

חתימה: 

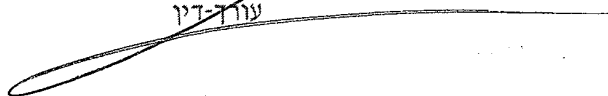


הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>304056633</u>	<u>נר</u>	<u>נר</u>	<u>נר</u>	<u>נר</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס'</u>	<u>רחוב</u>

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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 11.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 מ.ר. (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפני כח _____ הרני מיפה את כוחו של: _____ 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)

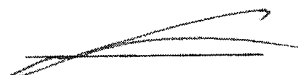
אני הח"מ מתן כי יוסף בעל ת.ז. 304056633 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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: 2022 הפגיעה: שבר יד ימנית המוסד הרפואי: מכיל
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____


חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילנה כהן מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 13.9.22
הופיעה בפני מתן כי יוסף (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/ה בתעודת זהות מס' 304056633
ולאחר שהזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

אילנה כהן, עו"ד
חתימת עורך הדין