בבית משפט השלום
בכפר סבא

ת.א. 24/

תאריך חתימת המסמך: 18.1.24

התובע:

משה אלון, ת.ז. 027750488
מרחוב תופח 9, מודיעין מכבים רעות
טלפון: 052-5786759

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 –

הנתבע:

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

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלת"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 26.3.1970, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 802-19-438 (להלן: "**הרכב**").

2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב אישור משטרה ותמונות מזירת התאונה, 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, עורך דין עצמאי בתחום הפלילי והתעבורה, 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 14.5.23, בשעה 08:00 או בסמוך לכך, בכביש 443, ק"מ מס' 8, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 30-467-41 אשר התנגש בו בחוזקה והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").

8. ממקום התאונה הובהל התובע באמבולנס לבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם, מכאבי ראש וטינטון, טופל במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותו לבדיקת אף, אוזן וגרון, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

10. בבדיקת התובע הודגמו הגבלות ניכרות בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני והוחלט להפנותו בנוסף גם לביצוע טיפולי רפואה משלימה והמלצה לעבודה נוירודינמית לגפיים.

11. התובע נבדק ע"י מומחה אף, אוזן וגרון אשר הפנה את התובע לבדיקת שמיעה אשר הדגימה ירידה קלה בשמיעה וטנטון.

12. התובע הופנה להמשך מעקב רפואי, בדיקות נוספות והמשך טיפולי רפואה משלימה.

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

13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבי ראש, ירידה בשמיעה וטינטון, מקושי בכתיבה ובהקלדה, מקושי בנשיאת משאות, מקושי בעמידה, הליכה וישיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מחוסר יציבות, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, מקשיי ריכוז, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובע עורך דין עצמאי בתחום הפלילי ובתחום התעבורה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בהקלדה, כתיבה, ריכוז והופעות בדיונים, 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 –	115,000 ₪
(2) עזרת הזולת בעבר –	20,250 ₪
(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –	8,920 ₪
(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -	14,250 ₪

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 בגין נסיעות מיוחדות ומוניות 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:	חבות (עמודים 7 עד 12)	7
נספח 2:	תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 26)	14
נספח 3:	בקשה למינוי מומחים (עמודים 28 עד 28)	28
נספח 4:	יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 30 עד 33)	30

נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 12)

נספח 1

מספר תיק: 219722 / 2023
מזהה מסמך: M171561235

משטרת ישראל

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
כתובת הרצל 206 , רחובות
טלפון 089371599
פקס 089770134
דואל bohanim.shfela@police.gov.il

מספר תיק פלא 219722/2023
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ד
תאריך 05/06/2023, ט"ז סיון תשפ"ג, 14:33

לכל המעוניין

תאריך התאונה 14/05/2023 בשעה 08:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 443 ק"מ מס 8.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4146730	פרטי נוסעים	פיאט איטליה

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
ביטוח ישיר	1352631603	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב	22513980	פפו רונן	30/06/1966	כ האורנים, יפה נוף 53		
נהג	324198167	פפו אושר	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה
נוסע	324198159	פפו מתן שמואל	13/12/2002	כ האורנים, יפה נוף 53	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

תחנת מודיעין
07-08-2023
משטרת ישראל

משטרת ישראל

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
43819802	פרטי נוסעים	טויוטה טורקיה

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
מנורה	3323156824	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	27750488	אלון משה	26/03/1970	מודיעין, תפוח 9	אסף הרופא/שמיר - צריפין	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
1415433	פרטי נוסעים	רנו טורקיה

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	22172969	גואטה רפאל	07/03/1966	מודיעין, עמק דותן 3		

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב חתיך	מתאריך
3	בחקירה	21/05/2023

תחנת מודיעין
07 -08- 2023
משטרת ישראל

פרטי המטפל בתיק

משטרת ישראל

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1902932	עוזרי	עינת

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1045400	דרור	ישראלי	רסב	חוקר משל

מקום שרות

משרד אחמ מודיעין שפלה

חתימה
05/06/2023 14:33

תחנת מודיעין
07 -08- 2023
משטרת ישראל

מנורה מבטחים

מס' תעודה 43-00-074582/0 00

מס' פוליסה 00-33-231868-23/4

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל - 1970
(להלן: פקודת הביטוח)

תעודת ביטוח

פרטי המבוטח

שם בעל הפוליסה: [illegible] (מספר ת.ז./ח.פ.) 510750802 בתובת: מקומות ב-תל אביב מיקוד: 6777512

פרטי הרכב

מס' רישוי: 43819802 שנת: 1798 משקל: 1,835 שנת ייצור: 2021 מס שלדה:

שם היצרן ודגם: SUN, מסגרת קרוולה, הנדסה

סוג הרכב: רכב פרטי - השכרה סוג הרכב לצורך ביטוח: רכב פרטי - השכרה

פרטי סוכן: האוזן וסון קארן (592088)

מועד תחילת הביטוח:
המאוחר מבין: המועד שבו הוגשה תקופת ה בהתאמה הבנק אך לא לפני -

תחילת הביטוח: 01/02/23 פקיעת הביטוח: 31/01/24

בהתאם

פרטים נוספים ותנאי הביטוח מופיעים באתר www.menoramivt.co.il

מנורה מבטחים ביטוח
שולם
באמצעות בנק לאומי לישראל בע"מ
חש' 215270/18
24/01/23 13:04

מקום הדפסת הפוליסה: באתר בנק

מטרות השימוש המיוחדות ובני האדם הרשאים לנהוג ברכב ע"פ הסעיפים הרלוונטיים בגב תעודה זו: 6א1, 6ב, 7א	סכום דמי ביטוח: ₪
הרשאות לבני הנהג הנלקח הרשאים המבוטחים הנמצאים אין	תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו: 24/01/23 13:04:22

תעודה זו אינה תקפה לגבי אופנוע וקטנוע

שולם במשרדי מנורה מבטחים ביטוח - אישור מס' 2435 ד

	נתונים על פי המאגר	נתונים על פי הפוליסה	
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב			
מין הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב			
שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב			
מספר התאונות שהביאו לתביעה ביטוח רכב חובה ב- 3 שנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב			0
מס' מסילות רישון ב- 3 השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב			0

* ברכב מותקנת מערכת למניעת נעילת גלגלים (ABS): כן
* ברכב מותקנת מין מערכת הגנה של אי שפיות מרחב (FSW): כן
* סוג דלק: בנזין
* ברכב מותקנת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן
* ברכב מותקנת מערכת הגנה על פגיעה פחות (LDW): כן
* בעלות הרכב: אחרת

הנוסח הנ"ל הינו נוסח הפוליסה על נלוויה. מהות הנוסח לא בטוחים שונים המופיעים בתאור. רשאי להגיש עדכון למעגל המאגר ביטוח לאם המשמעות למהות, בהתאם ל"הוראת בטיחת מידע על פוליסת הביטוח" הנמצאת באתר הבנק בכתובת: www.menoramivt.co.il - מאגר מידע ליחתי הנאות ביטוח.

העתק לסוכן

מנורה מבטחים

מס' פוליסה	00-33-231868-23/4
מס' תעודה	43-00-074582/0 00
מספר הסוכן	האוזן וסון קארן (592088)
שם בעל הפוליסה	מאן קאר הסקטות בע"מ
כתובת	מקומות 3 תל אביב

מס' רישוי	43819802
מס' שלדה	
שם היצרן ודגם	SUN מסגרת קרוולה הנדסה
בסיס מהנהסמן	1,835 משקל 1798
שנת ייצור	2021
סוג הרכב	רכב פרטי - השכרה
סוג הרכב לצורך ביטוח	רכב פרטי - השכרה

סכום דמי ביטוח	₪
תאריך ושעת ההוצאה של תעודה זו	24/01/23 13:04:22

מועד תחילת הביטוח: המאוחר מבין המוקדם תקופת תעודה זו בהתאמה הבנק אך לא לפני 01/02/23 מועד פקיעת הביטוח: 31/01/24 בהתאם פרטים נוספים ותנאי הביטוח באתר "www.menoramivt.co.il"
פרטים הרשאים המוגבלים ובני האדם הרשאים לנהוג ברכב ע"פ הסעיפים הרלוונטיים על גב תעודה זו 6א1, 6ב, 7א
הרשאות לבני הנהג הנלקח הרשאים המבוטחים אין

תעודה זו אינה תקפה לגבי אופנוע וקטנוע

שולם במשרדי מנורה מבטחים ביטוח - אישור מס' 2435 ד

מבוא מודיעים
Mevo Modi'im

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 26)

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org

המרכז הרפואי שמיר

מחלקה לרפואה דחופה
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

תמידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: **אלון**	ת. לידה: **26/03/1970** גיל: **53**
שם פרטי: **משה**	ת. זהות: **27750488** מין: **זכר**
כתובת: **סיון 3 מודיעין 7174552**	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: **052-5796759**	שם האב: שלמה שם האם: ליליאנה
זמן קבלה: 14/05/2023 08:52 זמן פתיחת גיליון: 14/05/2023 09:09 זמן שחרור: 14/05/2023 10:00	קופ"ח מכבי מספר מקרה: **12020974**

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA	338.11			✔			

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 53 ,היה מעורב בת"ד כאשר רכב שני נכנס מאחור , נחבל בגב, צוואר, ללא אובדן הכרה ללא הקאות
בבדיקה - בהכרה מלאה , GCS 15 ללא מצוקה נשימתית
ראש סימטרי , ללא סימני חבלה אישונים שווים מגיבים אור ,, ללא ניסטגמוס
בית חזה סימטרי לא רגישות מעל צלעות או סטרנום
כוח גס שמור ללא סימני צד
תנועות גפיים ע"ש מלאות

מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
121/81	69	36.7	95

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
מעקב רופא מטפל
קומפרסים חמים

חופשת מחלה: 2 ימים.

חלטה רפואית: שחרור

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
14/05/2023 09:57	רופא/ה בכיר/ה	דר' סטפנסקי אלברט מ.ר.34732

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 17/05/2023

מ.ר גורם מפנה

029213

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

דר' דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 325028399

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי,מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **אלון** **שם פרטי:** **משה** **ת.ז.:** 27750488

0027750488

ת.לידה: 26/03/1970 **מין:** ז **טלפון:** 0778832368 **טל.עבודה/נייד:** 0525786759

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו **מיקוד** 7171415

התייעצות מומחה

תחום שירות: אף אוזן גרון - במכבי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5
תאונת שרשרת
פנה לאסה"ר
נבדק שוחרר זקוק לטיפול
יש כאב ראש וטנטון

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS

מעשן/ת : לא

בעיות ידועות: אבא נפטר בגיל 62

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*)
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

תרופות קבועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

מטרת ההפניה: אודה על חוות דעתך

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

17/05/2023

תאריך

חתימה וחותמת

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 17/05/2023

מ.ר גורם מפנה

029213

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

דר' דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי,מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **אלון** **שם פרטי:** **משה** **ת.ז.:** 27750488

ת.לידה: 26/03/1970 **מין:** ז **טלפון:** 0778832368 **טל.עבודה/נייד:** 0525786759

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו **מיקוד** 7171415

0027750488

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5
תאונת שרשרת
פנה לאסה"ר
נבדק שוחרר זקוק לטיפול

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

תרופות קבועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה:אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטים****

17/05/2023

תאריך **חתימה וחותמת**

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפולי 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.

MEDIX

סיכום מידע רפואי

לכבוד:

		תאריך:	30/05/2023
שם מטופל:	אלון משה	ת.ז:	27750488
גיל:	53.2	מין:	◉ זכר ○ נקבה

תלונה עיקרית:

בן 53
בתאריך 14.5.2023 עבר תאונת דרכים, מנגנון אחורי וקדמי.
פונה למיון בית החולים "שמיר" ושוחרר לאחר צילומים.
מליץ מכאבים צוואריים הולכים ומחמירים, קושי בשינה, הגבלה בתנועות עמ"ש צוואר וחגורת הכתפיים.
בנוסף כאבים בעמ"ש מותני וחגורת המתניים, הגבלה בתנועות בעיקר כיפוף קדמי.

מחלה נוכחית:

מחלות או ניתוחים בעבר:

תרופות:

בדיקה:

מתהלך בגפו ללא עזרים, מצליח לבצע הליכת טנדם
הגבלה בתנועות עמ"ש צוואר על חשבון רוטציות כ30 מעלות לכל כיוון מלווה בכאבים בסוף תנועה. תנועות כיפוף ואקסטנציה מלוות בכאבים בסוף תנועה.
רגישות פראספינאלית דו"צ.

הגבלה בתנועות עמ"ש מותני בעיקר על חשבון כיפוף, מצליח להגיע עם הידיים לירך מקורבת מלווה בכאבים והחמרת הכאב בזמן אקסטנציה של עמ"ש מותני.
הגבלה בתנועות רוטטוריות של עמ"ש

ידיים ורגליים- כח גס תקין ללא קיפוח עצבי
ללא ערות החזרים או החזרים פתולוגיים

בדיקות עזר:

צילום-
מיפוי-
CT-
MRI-
U-S-
E.M.G-

אבחנה:

BACK PAIN
CERVICALGIA
MVA INJURY
WHIPLASH INJURY

המלצות:

פיזיותרפיה לחיזוק שרירים, שיפור טווחי תנועה, עבודה נוירודינמית לידיים ולרגליים
רפואה משלימה- דיקור, שיאצו, טוינה
משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה

הערות:

ד"ר אייל הנדלר
מומחה לכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 1-120667- מ.ר.מ. 1-39753

גרושקו איליה

אוזן וגרון

תמחויות:

מחה באף אוזן וגרון

מ.ר גורם מפנה

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

027316

קוד הפניה: 026

טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידין 37 מודיעין

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אלון שם פרטי: משה ת.ז.: 27750488

ת.לידה: 26/03/1970 מין: ז טלפון: 0778832368 טל.עבודה/נייד: 0525786759

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו מיקוד 7171415

0027750488

מכון שמיעה

תלונות: כחודש לאחר תאונת דרכים מבזמן עבודה , חבלה מסוג WHIPLASH
חש כאבי אוזניים , ציפצופים
שולל סחרחורות , היו בהתחלה מייד לאחר התאונה

ממצאים: נוקה צרומן , תופייות תקינות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- TINNITUS UNS Bi-Lateral

בעיות ידועות:

FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
ASTHMA (12/2017)
OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

*	הבדיקה הדרושה
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

28/06/2023

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

התמחויות: ...ן אורתופדיה ילדים

מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 18/09/2023

מ.ר גורם מפנה

017210

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

פרטי הנבדק:

0027750488

שם משפחה: אלון **שם פרטי:** משה

ת.ז.: 27750488

ת.לידה: 26/03/1970 **מין:** ז **טלפון:** 0778832368

טל.עבודה/נייד: 0525786759

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו

מיקוד 7171415

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר יניב דן

בבדיקה שנעשתה ב: 18/09/2023

עקב: תאונת דרכים במנגנון שרשרת ב-14.5.2023, במסגרת העבודה. מאז כאבים בצוואר עם קרינה לכתף ימין. נימול בידיים בלילות לעתים.

ממצאים: הליכה תקינה. הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

סיכום והמלצות: הפניה לפיזיותרפיה הפניה לצילומים

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

18/09/2023

תאריך

פרופ אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה של ילדים
מ.ר 17210 מ.ת.מ. 14401

חתימה וחותמת הרופא

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 17/05/2023

מ.ר גורם מפנה

029213

מסמך אושר דיגיטלית מכבי

דר' דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 325028220

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי,מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **אלון** **שם פרטי:** **משה** **ת.ז.:** 27750488

ת.לידה: 26/03/1970 **מין:** ז **טלפון:** 0778832368 **טל.עבודה/נייד:** 0525786759

כתובת: תפוח 9, מודיעין-מכבים-רעו **מיקוד** 7171415

0027750488

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ת ד מנגנון צ שוט ב 14/5
תאונת שרשרת
פנה לאסה"ר
נבדק שוחרר זקוק לטיפול

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (*) אבא נפטר בגיל 62
- ASTHMA (12/2017)
- OBESITY (30 =< BMI < 35) (09/2004)

תרופות קבועות:

- ELIQUIS 5MG X 60 1X2X90
- TADAM-MAC 20MG X 4 1X1X12
- RELVAR 184/22 X30 1X1X90

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה:אודה על חוות דעתך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/05/2023 עד תאריך - 13/11/2023

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטים****

17/05/2023

תאריך **חתימה וחותמת**

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפולי 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.

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין,רח' תלתן 8,טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00,ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	מודיעין	15/11/2023	ד	17:00	כהן יתיר	טווינא
2	מודיעין	15/11/2023	ד	17:20	כהן יתיר	טווינא
3	מודיעין	16/11/2023	ה	18:30	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
4	מודיעין	23/11/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
5	מודיעין	23/11/2023	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
6	מודיעין	23/11/2023	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
7	מודיעין	30/11/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
8	מודיעין	30/11/2023	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
9	מודיעין	30/11/2023	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
10	מודיעין	07/12/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
11	מודיעין	07/12/2023	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
12	מודיעין	07/12/2023	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
13	מודיעין	14/12/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
14	מודיעין	14/12/2023	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
15	מודיעין	14/12/2023	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
16	מודיעין	21/12/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
17	מודיעין	28/12/2023	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
18	מודיעין	04/01/2024	ה	18:30	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
19	מודיעין	11/01/2024	ה	18:50	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
20	מודיעין	18/01/2024	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)

דיקור (אקופונקטורה) : 10, טווינא : 10

לתשומת ליבך,
- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול , יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,
צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".
התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קבלה 2101300104025 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מרפאה: מודיעין
תאריך: 12/11/2023
עבור: אלון משה , **ת"ז:** 27750488 , **ח.פ:** , **כתובת:** תפוח 3 ,מודיעין
הערות: 10 דיקור 10 טווינא 1 יעוץ
מקושר ל:
סוג:

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	ויזה כ.א.ל	תשלומים(3)	*1732	₪ 1,022.00

סה"כ: ₪ 1,022.00

מספר שובר:: 04003016 , **עסקה טלפונית:** לא ,**מספר עסק:**

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול. .
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנון המבצע..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת),
יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית,
וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שרותי הבריאות הנוספים של מכבי שרותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה:

מכבי טבעי
מרפאת מודיעין
מכבים רעות
טל': 08-9737800

הופק על ידי: ואן ראלט רות 12/11/2023 19:16

ספקטור - מכון שמיעה וציבור

בהנהלת דורית ספקטור - קלינאית תקשורת M. A.

מרכז רננים, קומה ב' מכבים טל: 08-9266620 פקס: 08-9262142

מס' זהות 027750488 הבודק מידן עדי הבודק

קלינאית תקשורת

מ.ר. 13-122771

תאריך 19/11/23

בדיקה אודיולוגית

Piano inventis טיפוס האודיאומטר

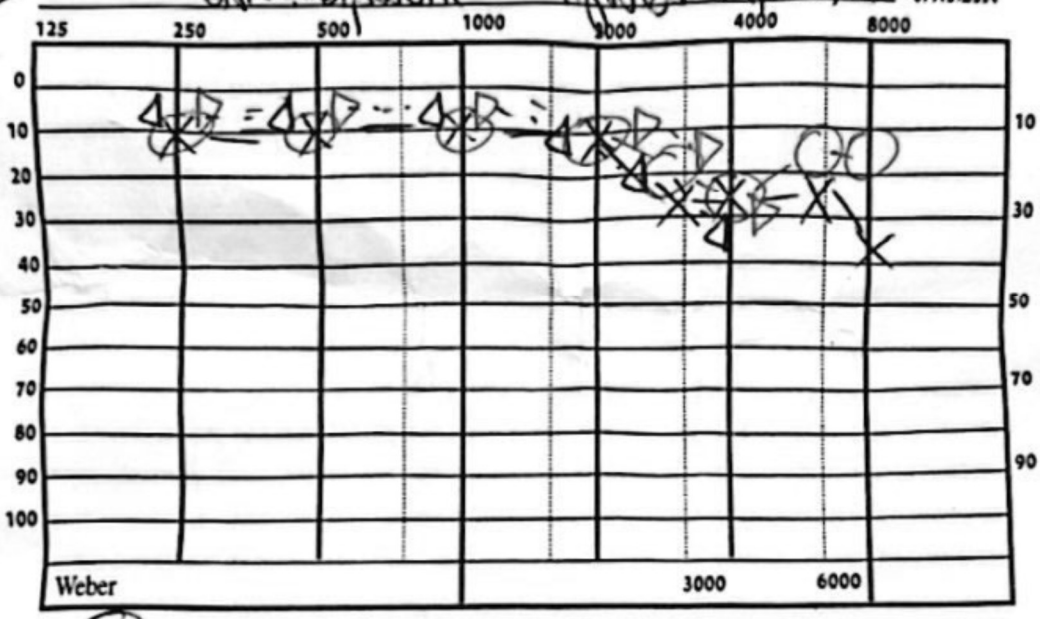
שם הנבדק אלמון נשה תאריך לידה 1970

טלפון 052-5786757 גורם / מפנה ד"ר בר שקו

סיבת ההפניה טינטון תד' 05/23 פרטי/ קופ"ח כללית/מכבי/ לאומית/מאוחדת

אנמנזה: ירידה קלה בשמיעה אוטוסקלפיה חמ"פ

פרטי



SPEECH AUDIOMETRY

עברית / אחר / הנבדק / המנתח	Rt.	MASK	Lt.	MASK
S.R.T.	10		15	
DISCR %	100%		92%	
D.B.	45		50	מעסה
S.R.T BONE				
TOLER				
M.C.L.				

TYMPANOMETRY					REFLEX			
					IPSI		CONT	
EAR	TYPE	ECV	dapa	cm³	1KHz	2KHz	1KHz	2KHz
R								
L								

שיתוף פעולה

☒ טוב ☐ בינוני ☐ נמוך

סיכום בדיקה ראשונה

אוזן ימין Sinotech מעניה 4KHz

אוזן שמאל SnHTL ממעניה עד קל החל מ 3KHz

המלצות חזרה לאלוג

מעקב שמיעה בעוד כ-3 חודשים

Scanned with CamScanner

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

קבלה 2101300106550 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מרפאה: מודיעין
תאריך: 11/01/2024
עבור: אלון משה , ת"ז: 27750488 , ח.פ: , כתובת: תפוח 3 ,מודיעין
הערות: 12טיפולים
מקושר ל:
סוג:

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	ויזה כ.א.ל	רגיל	1732*	₪ 586.96

סה"כ: ₪ 586.96

מספר שובר: 55001014 , **עסקה טלפונית:** לא ,**מספר עסק:**

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה..
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול. .
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים..
- הטבת מבצע 1+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנון המבצע..
- כפי שמכבי טבעי מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית
אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או מכל סיבה אחרת),
יבוצע ההחזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית,
חאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שרותי הבריאות הנוספים של מכבי שרותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.
- ברכישת צמחי מרפא- לא תתאפשר כלל החזרה / החלפה של צמחי מרפא מרגע הרכישה.הוראה זו לא תחול אם נקבע אחרת בחוק

חתימה:

מכבי טבעי
מרפאת מודיעין
מכבים רעות
טל' : 08-9737800

הופק על ידי: משריקי אסייג ורוניק 11/01/2024 19:21

Scanned with CamScanner

מכבי טבעי

רפואה משלימה מקבוצת מכבי שירותי בריאות

מרפאת מודיעין,רח' תלתן 8,טלפון 08-9737800 פקס 08-9737801.
שעות פעילות: א'-ג' 14:00-21:00,ד',ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: אלון משה [27750488]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	מודיעין	18/01/2024	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
2	מודיעין	25/01/2024	ה	19:10	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
3	מודיעין	01/02/2024	ה	18:40	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
4	מודיעין	08/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
5	מודיעין	08/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
6	מודיעין	08/02/2024	ה	19:20	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
7	מודיעין	15/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
8	מודיעין	15/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
9	מודיעין	15/02/2024	ה	19:20	בן אורן	דיקור (אקופונקטורה)
10	מודיעין	22/02/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
11	מודיעין	22/02/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
12	מודיעין	14/03/2024	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
13	מודיעין	14/03/2024	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא
14	מודיעין	21/03/2024	ה	18:40	כהן יתיר	טווינא
15	מודיעין	21/03/2024	ה	19:00	כהן יתיר	טווינא
16	מודיעין	28/03/2024	ה	19:20	כהן יתיר	טווינא
17	מודיעין	28/03/2024	ה	19:40	כהן יתיר	טווינא

דיקור (אקופונקטורה) : 5, טווינא : 12

לתשומת ליבך,
- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול , יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.

בברכת בריאות שלמה,
צוות מרפאת "מכבי טבעי מודיעין".
התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי www.maccabitivi.co.il

Scanned with CamScanner

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 28 עד 28)

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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

בבית משפט השלום ת.א. 24/
בכפר סבא

משה אלון - נ ג ד - מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ

התובע, משה אלון, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום האף, אוזן וגרון, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין ובמסגרת 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 תאונות

(עמודים 30 עד 33)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אלון	[illegible]	027750488	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
[illegible]	9	[illegible]	
רחוב	מס'	עיר	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 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: 19.9.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פריברג, עו"ד מ.ר. 62254 חתימה: _____ X

יפוי כח

אני הח"מ, משה סולון,
ת.ז. מס' 027750488, מרחוב תבור ד, מודיעין,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ 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, 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. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.

3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.

4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.

5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.

6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות 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 ו/או בהעדרי.

12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.

13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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 19 לחודש 9 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ [illegible] בעל ת.ז. 27750488 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: 2015 הפגיעה: [illegible] המוסד הרפואי: [illegible]

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

X_____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד [illegible], מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 18.1.24 הופיע/ה בפני [illegible] (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 27750488 ולאחר שהזהרתיו/יה 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

מ.ר. 62254

חתימת עורך הדין