

תאריך חתימת המסמך : 30.1.24

התובע : **אייל מדמוני, ת.ז. 325447969**
מרחוב אלישע 39, באר שבע
טלפון : 050-2222982

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 –

הנתבעים : **1. שמואל עקיבא גוזלן, ת"ז 326941663**
מרחוב רבי יהודה הנשיא 39, מודיעין עילית

2. 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 : פלג"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.

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 27.9.23, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתאונה, הנוסע ברכב מסוג הנושא מספר רישוי 20-5222-68 (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 וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "**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. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשה התובע בעבודתו, 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 27.4.22, בשעה 18:45 או בסמוך לכך, בכביש מס' 918, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נפגע ונחבל. (להלן: "**התאונה**").
9. לאחר התאונה הובהל התובע באמצעות מד"א לבית החולים זיו, בצפת, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בבית החזה, בבטן ובגב. 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, אובחן עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר ועם הגבלה בינונית בעמוד השדרה המותני והופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.



11. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב והוחלט להפנותו להמשך טיפול והערכה נוספת לאיזון כאב.

12. התובע אשר נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב המשיך בקבלת טיפולים במסגרת הקהילה והופנה לביצוע סדרת טיפולים נוספת בטרם יופנה למרפאת כאב.

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

13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, 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.

14. התובע תלמיד ישיבה, לומד כתיבת סת"ם ובהליכי הקמת עסק, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו ופעילותו הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת והנעת הצוואר, 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:

- | | |
|--------------|---|
| נזק 55,500 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| נזק 5,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| נזק 9,500 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| נזק 15,400 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

17. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב.
18. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
19. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
20. 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: אישור משטרה (עמודים 7 עד 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 31)	10
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 33 עד 33)	33
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 35 עד 38)	35



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 8)





טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא: 208060/2022
סיווג תיק: ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק: ז
תאריך: 08/05/2022, ז' אייר תשפ"ב, 14:32

יחידה: שלוחת בוחנים מרחב כנרת
כתובת: הגליל 4 צפת
טלפון: 046978330
פקס: 0768602079
דואל: bohanim.kineret@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 27/04/2022 בשעה 18:45

2. מקום התאונה:

כביש מס 918 עם כביש מס 9779 בכביש בין עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	6196132	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	טויוטה טורקיה
חברת ביטוח	הראל	מספר פוליסה	103081670921	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	54844097	שוטר שולה	07/05/1957	כתובת	קופ"ח / בית חולים	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	6852220	סוג רכב	פרטי נוסעים 3 דלתות	תוצר רכב	מיצובישי יפן
חברת ביטוח	הפול הישראלי	מספר פוליסה	20128220084252200	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	326941663	גוזלן עקיבא שמואל	17/06/2003	מודיעין-על, רבי יהודה הנ 39	רבקה זיו - צפת	קלה
נוסע	328699707	KORETZKY NACHMAN	03/01/2002	בית שמש, נחל אוריה 7	רבקה זיו - צפת	קלה
נוסע	214211245	חמדי יהודה	16/04/2003	נתיבות, נחלת שלמה 13	רבקה זיו - צפת	קלה
נוסע	325447969	מדמוני אייל	27/09/2003	בני ברק, שלוש השעות 28	רבקה זיו - צפת	קלה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 5 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 28/04/2022

פרטי המטפל בתיק

מ"א: 1069129 שם משפחה: ברקוביץ שם פרטי: אופיר

פרטי השוטר המוסר

מ"א: 1061126 שם משפחה: סנדרוס שם פרטי: משה

דרגה: רסב



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי באמצעות פקס 03-9620909, אימייל claim@pool.org.il או דואר המופיע בסוף הטופס.

פרטי הנפגעים: *נא לצרף תיעוד רפואי ולסמן את סוג הנפגע- (1) נהג (2) נוסע (3) הולך רגל (4) רוכב אופניים:

סוג נפגע	שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון נייד	כתובת מייל	מקום עבודה ועיסוק
אין	מרמון	325447969	באגד 235			תלמיד ילד
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון נייד	כתובת מייל	מקום עבודה ועיסוק	

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
אנון יקרא אטל	6852220		326941653		
סוג רכב:	☐ אופנוע ☒ רכב ☐ אחר				

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז., צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
אנון יקרא אטל				
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה
17/6/2003				



☐ הרכב בבעלותי	☐ הרכב בבעלות מעבידי	☐ השכרה	☐ בבעלות אחר (נא לפרט)
---------------------------------------	---	--------------------------------	---

פרטי התאונה: *נא לצרף אישור משטרה

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
27/4/22	11:45	באגד 235	כן	כן
***תיאור התאונה, לרבות האם היה קגע פידי בין הרכבים:				
היה קונפליקט בין הרכב שלי לרכב אחר				
חומר בדיקה לררר או לאפנוע:				
האם דיווח למשטרה: כן/לא				

☐ התאונה בעבודה	☐ בדרך לעבודה	☐ בדרך מהעבודה	☐ במסגרת פרטית
--	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון

אני הח"מ	מחירי בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל שבדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.
תאריך	חתימת הנהג
1.9.22	AK

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 31)





1171

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 27/04/2022

ארוע: 3020

מספר טופס: 15513509

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 325447969

שם משפחה: מדמוני

שם פרטי: אייל

מין: זכר

תאריך לידה: 27/09/2003

גיל: 18.6

כתובת: בני ברק, שלוש השעות, 28

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0583265333

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: שמיר,

אנמנזה:



תלונה עיקרית: ת.ד. חבלה קלה

מחלה נוכחית: בהגיעי למקום התאונה ראיתי שני רכבים עם קנמטיקה קשה רכב אחד בחזית ורכב שני מצד נהג, כריות אוויר נפצחו, וכל נוסעי הרכבים מהלכים ועומדים בצד הכביש. המטופל בשנות העשרים לחייו היה ברכב השני שנפגע בחזית וישב במושב האחורי, עמד בצד הכביש והתלונן על שיפשוף בבית החזה במיקום חגורת הבטיחות, בבדיקה יסודית בגוף אכן נראה רק שיפשוף בבית החזה במיקום חגורת הבטיחות, בהכרה מלאה מדדים תקינים, לא מתלונן על כאב, פונה לבית החולים זיו בצפת להמשך בדיקות.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: לא ידוע

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1171 - בדיקה 1	
18:42	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נושם	נשימות
16	קצב נשימה
סדיר	דופק
83	דופק לדקה
מלאה A	הכרה

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1171 - בדיקה 1	
18:42	בדיקות
100	SPO2 באוויר החדר
123/65	לחץ דם

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טראומה:

חזה שמאל: שפשוף

חזה ימין: שפשוף

טיפול

אמבולנס מס' 1171 - בדיקה 1	
18:42	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1171 - בדיקה 1	



פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: תאונה חזיתית, מיקום ברכב

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל
המבקש: עובר אורח
מקום האירוע: לבין 918 בפיצול עם 9779 שמיר
קוד מבצעי: 1171

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 19:40
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
דופק ספונטני: סדיר
לחץ דם: 134/60

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: זיו-צפת
מחלקה: מלר"ד פנימי
נמסר ל: שרבל

זמנים

קבלה 18:29 : יציאה 18:29 : הגעה 18:33 : מפנה 18:53 : ביעד 19:21 :

אנשי צוות

שם הנהג : עירן חיים שאשא חתימה : 



סודי רפואי

מעודכן ל: 21:52, 27/04/22

מנהל מח': דר. רוזנפלד

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10864465

המידע 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 בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

מדמוני אייל

ת.ז.: 32544796-9

מין: זכר

ת.לידה: 27/09/2003

גיל: 18 ש

קופ"ח: כללית

סוג מבקר: אזרח

שם האב: יוסף חיים

טל: 058-3265333

מצב משפחתי: ר

כתובת: שלוש השעות 28, בני ברק, 5122297

נתוני ביקור במיון

מבטח: מדמוני אייל, 32544796-9

גורם מפנה: מד"א

סיבת קבלה: תאונת דרכים

תאריך קליטה במיון: 27/04/22 שעה: 19:27

תאריך קליטה בבי"ח: 27/04/22 שעה: 19:27

זמן בדיקת רופא: 20:16, 27/04/22

אבחנות נוכחיות

922.2 - Contusion of abdominal wall

E929.0- Late effects of motor vehicle accident

922.1 - Contusion of chest wall

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 18. בריא בד"כ.

לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים. מאחורי הנהג חגור. בנסיעה של כ-70 קמ"ש פגיעה חזית לצד. עם פתיחת כריות אויר. יצא בעצמו מהרכב.

מלין על כאב בקדמת החזה. בהתחלה היו מעט כבאי גב, וגם אלה חלפו בינתיים.

במיון - דופק 88, לחצי דם בנורמה, ללא חום, סטורציה שמורה

בדיקה גופנית**מצב כללי:** נראה בטוב

מנייד ללא קושי

ללא מצוקה נשימתית או אחרת

ראש וגולגולת: ללא סימני חבלה**בית חזה ונשימה:** ללא סימני חבלה

רגישות קלה במישוש

התפשטות בית חזה תקינה

בטן: סימן שפשוף מהחגורה

בטן לא תפוחה. רכה. ללא רגישות משמעותית ללא גרוי צפקי

ייעוציםייעוצים רפואיים

27/04/22 21:37

יעוץ רופא אורתופד, ללא חיוב - מרפאת אורטופדיה**שם הגורם המייעץ:** חג'אזי, מוחמד

לדבריו, ביום פנייתו למיון היה מעורב בתאונת דרכים

כעת מתלונן בעיקר על כאבים בצוואר ובגב תחתון

בבדיקתו:

יציב המודינמית ונשימתית

מתנייד בדריכה מלאה בנשיאת משקל ללא צליעה, עומד על עקבים וקצוות אצבעות.

עמ"ש צווארי: ללא סימני חבלה או דיפורמציה, ללא רגישות בקווי אמצע, רגישות

פאראוורטיברלית מימין טווחי תנועה תקינים

עמ"ש מותני: ללא סימני חבלה או דיפורמציה ללא רגישות בקווי אמצע, רגישות עמ"ש מותני טווחי

תנועה תקינים.

נורולוגית:

כוח גס ותחושה שמורים בפיזור C5-T1

כוח גס ותחושה שמורים בפיזור L2-S1

ללא רושם לחסרים נזיר וסקולריים.

צילומים:

ללא עדות לשברים וללא נזק גרמי חבלתי.

משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

-משככי כאבים לפי הצורך

-מנוחה בבית

-המשך מעקב רופא מטפל ואורתופד במסגרת בקופ"ח

-חופש מחלה 3 ימים

-טיפול פיזיותרפי במסגרת קופ"ח

דיון וסיכום הקבלה

בן 18. בריא בד"כ.

ככל הנראה היה מעורב בתאונת דרכים. הלן על חבלת חזה. בבדיקתו אין ממצאים חבלתיים למעט שפשוף על בטן עליונה מחגורת הבטיחות.

במיון יציב לחלוטין. נינוח. לא כאוב. נייד ללא כל קושי.

US בטן - ללא נזל
צילומים - ללא נזק ריאתי וללא שברים

מעבדה בגדר הנורמה למעט עמילאז מוגבר מינורית - 104. להערכתי אין לזה משמעות אך הסברתי למטופל שבמידה ותהיה התגברות של כאבי הבטן יש לפנות להערכה חוזרת.

לציין כי גם נבדק על ידי אורטופד בשאלה של חבלה לגב ושוחרר (ראה יעוץ מצורף).

משוחרר לביתו

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

מעקב רופא מטפל
משככי כאבים לפי הצורך
מנוחה
במקרה של החמרה חדה כגון בכאבי הבטן או החזה, הקאות מרובות, קוצר נשימה, חום וכו' - לפנות לבדיקת רופא
מטפל ולמיון במידת הצורך

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
27/04/2022	21:51	שחרור		ח.הנדלר

שוחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: הנדלר, חובב
חתימה:

מספר רשיון: 110673

21:52 27/04/22

ד"ר הנדלר חובב
ד"ר מומחה - מח' כירורגיה
מרכז רפואי יעו צפת
1-1/0/73
1-3/63/73
מ.ר.מ.

שירותי בריאות כללית



שלום,

בימים אלה הופנית לטיפול במכון פיזיותרפיה. במכון עומד לרשותך צוות פיזיותרפיסטים עם מיומנות במגוון טיפולים. במהלך הביקור הראשון תותאם עבורך תכנית טיפולים. התכנית מבוססת על אבחנת הרופא, תוצאות הבדיקה במכון, מידע המופיע במסמכים רפואיים, צילומים ותוצאות בדיקות אחרות שברשותך.

מספר פרטים לידיעתך

- טיפול פיזיותרפיה מחייב חשיפה של האיבר המטופל וסביבתו. כדי לשמור על פרטיות כדאי להצטייד במכנסיים קצרים וגופייה.
- ברוב המקרים הטיפול כרוך במגע יד בגוף המטופל/ת.
- רוב הטיפולים מתקיימים בתדירות של פעם-פעמיים בשבוע.
- משך כל טיפול: מדקות ספורות ועד שעה בהתאם לבעיה ולסוג הטיפול.
- משך סדרת הטיפולים נקבע בהתאם לבעיה ועל פי שיקול דעת מקצועי ובמסגרת סל השירותים.

במה תוכל/י לעזור ?

- נבקשך להגיע למכון במועד בו זומנת. איחור עלול להביא לקיצור הטיפול או לביטולו בשל חוסר זמן.
- אם אין באפשרותך להגיע במועד נבקשך להודיענו על כך לפחות יום מראש.
- נבקשך לדווח לפיזיותרפיסט/ית על כל שינוי במצבך הבריאותי.
- במקרים רבים – הצלחת הטיפול מותנית בהקפדה על ביצוע תרגילים בבית, על פי ההדרכה שתינתן במכון.

איחולי בריאות טובה

לשירותך

צוות המכון לפיזיותרפיה

אדון, גברת נכבד/ה לתיאום ביקור עבור טיפול פרטני או הערכה יש לפנות למוקד כללית CALL

כללית CALL *2700

לתיאום ביקור עבור טיפול קבוצתי או על פי הנחיית הרופא יש לפנות לאחד ממכוני הפיזיותרפיה הבאים:

שם מרפאה	כתובת	טלפון
בלומנטל – פיזיותרפיה ושיקום – בני ברק	בני ברק רחוב אלי הכהן 13	03-5779680
המעורר – מכון לשיקום ופיזיותרפיה – גבעתיים	גבעתיים רחוב המעורר 24	03-6790207
הרצל – מכון לשיקום ופיזיותרפיה – רמת גן	רמת גן רחוב הרצל 34	03-6752837
מגדיאל – מכון לשיקום ופיזיותרפיה – הוד השרון	הוד השרון רחוב חנקין 4 מגדיאל	09-7420813
מכון לשיקום ופיזיותרפיה – קריית אונו	קריית אונו רחוב יהודה המכבי 4	03-6359083
מכון לשיקום ופיזיותרפיה – ראש העין	ראש העין רחוב צה"ל 8	03-9385787
מכון פיזיותרפיה – אור יהודה	אור יהודה רחוב משה אביב 15	03-5387400
רוטשילד – מכון לשיקום ופיזיותרפיה – פתח תקווה	פתח תקווה רחוב רוטשילד 119	03-9395351

במקרה של שינוי במספר הטלפון, נא התקשר/י למרפאתך או למוקד כללית – CALL - *2700 לבירור

- * נא להגיע למכון כ- 10 דקות לפני מועד התור.
- * נא להגיע עם כרטיס מגנטי, טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומי רנטגן.
- * במקרה של ביטול התור -הנך מתבקש/ת להודיע טלפונית למכון הפיזיותרפיה.
- * להצלחת הטיפול חשוב ביותר להקפיד על לוח הזמנים, התדירות וכן ביצוע הנחיות המטפל.
- * היעדרות משני טיפולים רצופים תביא לביטול כל התורים ולסיום הטיפול.

נא רשום/רשמי לפניך:

תאריך התור _____ יום _____ שעה _____
שם המכון _____ שם פיזיותרפיסט/ית _____

תאריך: 04/05/2022

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זהות:	גיל:	מספר רשיון:
מסדמוני אייל	27/09/2003	00325447969	18.07	26904
ת.לידה:	שם האב:	ישוב:	רחוב:	שלוש השעות
מס בית: 1 / 28	טלפון: 54-8164641	בני ברק		
		טלפון נוסף: 52-7665336		

גורם שולח



3226

מספר הפניה



033226001973

33226001973

תז נבדק



0325447969

רשיון רופא



026904

מספר הפניה:

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

MOTOR VEHICLE ACCIDENT

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

בתאריך ה-27/4/22 פנה למיון ב"ח זיו בגין תאונת דרכים סוכם כקונטוזיה של החזה והבטן לדבריו במיון זיו בנסיעה של 70 קמ"ש פגיעה של חזית צד עם פתיחת כריות אויר. יצא עצמונית מהרכב בבדיקתו ללא עדות לחוסרים נירוווסקולריים הומלצו משככי כאבים חופשת מחלה 3 ימים, מעקב אורטופד במסגרת קופ"ח וטיפול פיזיותרפי בקופ"ח מתלונן על החמרה בכאבים בצוואר גב תחתון ובית חזה ימני

גובה 176 27/01/2020 משקל 57 27/01/2020 bmi 18.40
לחץ דם 123 / 79 27/01/2020
דופק 78 27/01/2020 סדיר

סימנים חיוניים:

09/05/2018 מתאריך 141.92 eGFR

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
RITALIN 20MG SR TAB 20MG 1	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים

מצב כללי טוב ללא כח"צ ללא סימנים מנינגיאליים הליכה יציבה פושט חולצה ומכפתר כפתורים היטב ללא קושי בתנועה עיניים PERLA- אזניים- תופיות תקינות, במ"פ לוע- במ"פ לב-קולות סדירים ללא אוושות ריאות- נשימה בועית בטן: רכה לא תפוחה לא רגישה ללא HSM לימפה- במ"פ עור- פצע שפשוף במותן ימנית

מטרת הבדיקה: מופנה בהמלצת מיון ב"ח זיו לאחר תאונת דרכים

26904

ד"ר רז תירוש

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

מספר רשיון 26904
טלפון 03-6155200
פקס 03-6155201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר רז תירוש
תחום רפואת ילדים
כתובת צפי הרלינג, 6
מראה קריית הרצוג - בני ברק

תאריך: 04/05/2022

הפניה לרפואה יעצות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר רשיון:	מספר חשבון:	תאריך לידה:	מס בית:
00325447969	מספר רשיון:	שם המטופל:	מספר חשבון:	27/09/2003	28 / 1
גיל: 18.07	מספר חשבון:	שם המטופל:	מספר חשבון:	54-8164641	טלפון:
שלוש השעות	טלפון:	מספר חשבון:	מספר חשבון:	52-7665336	מספר חשבון:

מספר הפניה ישירה: 33226001972

גורם שולח



3226

מספר הפניה



033226001972

תז נבדק



0325447969

מספר רשיון



028904

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"כ	תואר רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	גנרליסט - אורטופד	70017

הריני גופנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

בתאריך 27/4/22 פנה למיון ב"ח ז"ל בגין תלונות דרכים
סוכה קונסטנציה של החזה והבטן
לדבריו במיון ז"ל בנסיעה של 10 קמ"ש פגיעה של חזית לצד עם פתיחת כריות
אמר, יצא עצמונית מהרכב
בבדיקתו ללא נזקים לחסרין מורוסקולריה
הומלצו משככי כאבים הופשת מחלה 3 ימים, מעקב אורטופד במסגרת קופ"ח
וטיפול פזיותרפי בקופ"ח
מתלוק על התסרוח בנאבים בצואר וב תחנתן ובית חזה ימני

סימנים חיוניים: גובה 176 27/01/2020 משקל 57 27/01/2020 hmi 18.40

לחץ דם 123 / 79 27/01/2020

דופק 78 27/01/2020 סדיר

09/05/2018 מתאריך 141.92 eGFR

ממצאים בבדיקה

מצב כללי טוב ללא כח"צ ללא סימני חום וסימני
חליבה יציבה
פזמה חולשת ובסתר כסרורם היטב ללא קושי בתנועה
עניים PERLA-
אזניים תופת תקינה, במ"פ
לוע במ"פ
לב קולות סדירים ללא אנושות
ריאות משימה בועית
בטן רכה לא תפוח לא רגישה ללא HSM
לימפה - ב"פ
שן - פצע סקשוק במותן ימנית

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9222		CONTUSION ABDOMEN
9221		CONTUSION CHEST WALL
L02		BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דין/הוכחת טיפוליות:

זאת המסרת בתסמינים - סופסל למיון לתורכה וטיפול
מסרה לאי-טיפול וזיהורפה במסגרת קופ"ח

דף 1

ההאמנה מכליל מידע מוקדם על-פי חוק הגנת הפרטיות**

04/05/2022

הודפס ע"י ד"ר רז תירוש

הפניה לרפואה יעצות

מדמוני אייל

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	...ב.
RITALIN 20MG SR TAB 20MG1	1	טבליות	1	ביום

מטרת הבדיקה: מופנה להמשך מעקב וטיפול

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

26804

ד"ר רז תירוש

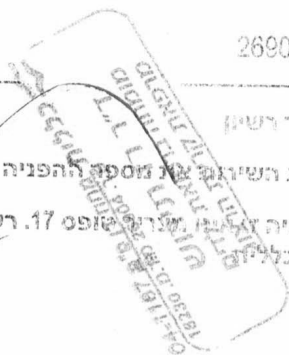
חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת דיווח ביטול, שינוי מועד תחזור יש ליצין בפני נציג השירות או חספה ההפניה הרשום מעלה.

פנה לטיפול באחד מבית החלילה על-סמך הפניה זו. יש להחזיר מסמך זה לרשומת ב"ח. רשימת ב"ח מפורסמת באתר הכללי.



תאריך: 12/05/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר זיהוי:	גיל:	18.07 מין: ז
ת.לידה:	27/09/2003	שם האב:	יוסף חיים	ישוב: בני ברק רחוב: יגאל אלון
מס בית:	1 / 27	טלפון:	52-7665336	טלפון נוסף: 52-7665336

תאריך תאונה 27/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35757003460

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757003460

תז נבדק



0325447969

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 13/07/2014:

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 29/06/2014:

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 19/06/2014:

בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרכה לדבריוצילום עמדה נאותה

29/06/2014 צילום עמדה נאותה

13/07/2014 צילום שבר מחובר

12/05/2022

חבלת צוואר גב תחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	RITALIN 20MG SR TAB 20MG

בדיקה גופנית מתאריך 13/07/2014:

בדיקה גופנית מתאריך 29/06/2014:

בדיקה גופנית מתאריך 19/06/2014:

ללא חסר נירוסקולרי

29/06/2014

13/07/2014

12/05/2022

רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נירולוגי הגבלה בינוניתרגישות ע"ש מתני ללא חסר

נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידיים תקינים

לסג 40

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



ה.ה.ר 7

דף 1

12/05/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר 0325447969 - 21

הפניה לפיזיותרפיה

מדמוני אייל

סיכום טיפול

תאריך: 31/07/2022

פרטי המטופל		מס' זהות: 00-32544796-9		תאריך לידה: 27/09/2003		יוסף חיים	
שם משפחה ושם פרטי		מס' זהות		גיל		שם האב	
בני ברק		/ 27		18.10		שם האב	
יגאל אלון		מס' בית		טלפון		טלפון נוסף	
רחוב		מס' בית		טלפון		טלפון נוסף	
52		7665336		52		7665336	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 220495286 מספר זיהוי הפניה: 35757003460

תאריך הפניה: 12/05/2022

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר לביה ליפשה תמיר

תאונה: 27/04/2022

רשיון רופא: 22641

מרפאה: מרפאה עזרא עצמאית

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

אבחנה

איפיון

קוד

צד

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

קוד	צד	אבחנה
8470	דו צדדי	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 24/05/2022 תאריך סיום טיפול: 31/07/2022

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטי: 7 קבוצת: 1

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

טיפול	כמות
אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט	1
הדרכה לתרגול בבית	7
תרגול כללי	6
קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה	5
קבוצת גב	1
הערכה מחדש- בדיקה	1
תרגילי חיזוק	1

סיכום טיפול

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

מדמוני אייל

הודפס ע"י מוסא פריד מנסור

00-32544796-9

תאריך: 31/07/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל

מדמוני אייל

00-32544796-9
18.10
27/09/2003
יוסף חיים
שם האב
שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת לידה
טלפון
טלפון נוסף

בני ברק
יגאל אלון
רחוב
מס בית
27 /
52 -7665336
טלפון

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 220495286 מספר זיהוי הפניה: 35757003460

תאריך הפניה: 12/05/2022

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים ת. תאונה: 27/04/2022

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר לביה ליפשה תמיר רשיון רופא: 22641

מרפאה: מרפאה עזרא עצמאית

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

אבחנה

איפיון

קוד

צד

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

אבחנה

קוד

צד

WHIPLASH INJURY

8470

דו צדדי

תאריך תחילת טיפול: 24/05/2022 תאריך סיום טיפול: 31/07/2022

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 7 קבוצתי: 1

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
7	הדרכה לתרגול בבית
6	תרגול כללי
5	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה
1	קבוצת גב
1	הערכה מחדש- בדיקה
1	תרגילי חיזוק

אבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	7	5
צוואר	דו צדדי	8	5

הערכת מטפל 2-שיפור חלקי

הערות: הנ"ל התקבל למכון עקב כאבים בעמ"ש לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ב-27.04.2022 ישב מאחורי הנהג חגור. בבדיקתו כאבים של 8/10 בצוואר ובגב, קבל סידרת טיפולים להורדת כאב וחיזוק שרירים בנסוף לתרגול במסגרת קבוצה היום ממשיך לתלונן על כאב של 5/10 במיוחד בזמן מאמץ בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול עצמי בבית (קבל דף תרגול) הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 31/07/2022
 24/07/2022
 17/07/2022
 03/07/2022
 19/06/2022
 19/06/2022
 29/05/2022
 24/05/2022

מחוז דן פ"ת
מכון פיזיותרפיה
 רח' משה אביב 15 אור יהודה
 טל': 03-5387400 פקס: 03-5387401

חתימה וחוקתמת

מוסא פריד מנסור

שם מטפל



תאריך: 15/11/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: חדימוני אייל	מס זהות: 00325447969	גיל: 19.01 מין: ז
ת.ל.י.ה: 27/09/2003	ישוב: בני ברק	רחוב: יגאל אלון	
מס בית: 27	טלפון: 52- 7665336	טלפון נוסף: 52- 7665336	

סוג תאונה | תאונת דרכים תאריך תאונה: 27/04/2022

שלום רב,

תאריך הביקור: 15/11/2022

סוג ביקור: תאונת דרכים תאריך תאונה: 27/04/2022

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/05/2022:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/07/2014:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2014:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/06/2014:

בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרגה לדבריו צילום עמדה נאותה

12/05/2022: צילום עמדה נאותה

13/07/2014: צילום שבר מחובר

12/05/2022:

חבלות צינור גב ותחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר

15/11/2022: צילום כאב גב

בדיקה גופנית:

12/05/2022: רדיקה גופנית מתאריך

13/07/2014: רדיקה גופנית מתאריך

29/06/2014: רדיקה גופנית מתאריך

19/06/2014: רדיקה גופנית מתאריך

ללא חסר נוירוסקולרי

29/06/2014:

13/07/2014:

12/05/2022:

רגישות ע"ש צינור ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר

נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים

לסג 40

15/11/2022:

רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

קוד	איפון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/יכולת טיפולית: ההפניות שהופקו ב 12/05/2022:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

15/11/2022

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

תרופות

P	M	Q	OP	פח	הגשה	מנה	תרופה
N	1	W	ידיה	30	30	1	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

דף 1

הנוסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***

סיכום ביקור

15/11/2022

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00325447969

מדמוני אייל

תאריך: 14/02/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

מס זהות:

גיל:

מין:

מדמוני אייל

27/09/2003

00325447969

19.04

ז

תלידה:

מס בית:

ישוב:

טלפון:

רחוב:

טלפון נוסף:

27

52- 7665336

בני ברק

3265336 - 58

יגאל אלון

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 27/04/2022

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/02/2023

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 27/04/2022

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/05/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/07/2014

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2014

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/06/2014

בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרכה לדבריוצילום עמדה נאותה

29/06/2014: צילום עמדה נאותה

13/07/2014: צילום שבר מחובר

12/05/2022:

חבלת צוואר גב תחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר

15/11/2022: עדין כאב גב

14/02/2023: עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 15/11/2022

בדיקה גופנית מתאריך 12/05/2022

בדיקה גופנית מתאריך 13/07/2014

בדיקה גופנית מתאריך 29/06/2014

בדיקה גופנית מתאריך 19/06/2014

ללא חסר ניורוסקולרי

29/06/2014:

13/07/2014:

12/05/2022:

רגישות ע"ש צוארי ללא חסר ניורולוגי הגבלה בינוניתרגישות ע"ש מתני ללא חסר

ניורולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידיים תקינים

לסג 40

15/11/2022:

רגישות ע"ש מתני ללא חסר ניורולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

רגישות ע"ש צוארי ללא חסר ניורולוגי

הגבלה בינוניתרגישות ע"ש מתני ללא חסר ניורולוגי כוח גס 5 קואד מישרי

מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2022

ההפניות שהופקו ב 12/05/2022:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 15/11/2022

ההפניות שהופקו ב 15/11/2022:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

תאריך: 14/02/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מספר זהות:	גיל:	מין:
שם משפחה ופרטי:	מספר זהות:	גיל:	מין:	ז
ת.לידה:	27/09/2003	רחוב:	יגאל אלון	
מס בית:	27	טלפון נוסף:	58-3265336	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 27/04/2022

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/02/2023
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 15/11/2022
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 12/05/2022
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 13/07/2014
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 29/06/2014
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 19/06/2014
בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרכה לדבריו צילום עמדה נאותה
29/06/2014 צילום עמדה נאותה
13/07/2014 צילום שבר מחובר
12/05/2022
חבלת צוואר גב תחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר
15/11/2022 עדין כאב גב
14/02/2023 עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 15/11/2022
בדיקה גופנית מתאריך 12/05/2022
בדיקה גופנית מתאריך 13/07/2014
בדיקה גופנית מתאריך 29/06/2014
בדיקה גופנית מתאריך 19/06/2014
ללא חסר נוירוסקולרי
29/06/2014
13/07/2014

12/05/2022
רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר
נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים
לסג 40
15/11/2022
רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40
14/02/2023 רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי
הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי
מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2022
ההפניות שהופקו ב 12/05/2022
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
15/11/2022

ההפניות שהופקו ב 15/11/2022
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

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

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ משך	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	1	N	1	W	יחידה	30	D30	1	TAB	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

בברכה,

ד"ר לביה ליפשה תמיר

22641

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא



המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

הודפס על ידי ד"ר לביה ליפשה תמיר

47969 - 28 -

סיכום ביקור

מדמוני אייל

14/02/2023

תאריך: 21/01/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מסד זהות:	גיל:	מין:
ת. לידה:	מסד זהות:	רחוב:	מספר הפניה:	גורם שולח:
מס בית:	טלפון:	טלפון נוסף:	מספר הפניה:	גורם שולח:

מספר הפניה:

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
022641	0325447969	033302018933	3302

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת

ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך/2014:

בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרכה לדבריו צילום עמדה נאותה
29/06/2014 צילום עמדה נאותה
13/07/2014 צילום שבר מחובר
12/05/2022 חבלת צוואר גב תחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר
15/11/2022 עדין כאב גב
14/02/2023 עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים
21/01/2024 עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	RITALIN 20MG SR TAB 20MG

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך/2014:
ללא חסר נוירוסקולרי
29/06/2014
13/07/2014
12/05/2022 רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר
נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים
לסג 40
15/11/2022 רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40
14/02/2023 רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי
הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי
מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40
21/01/2024 רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי
הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי
מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

****נחתם דיגיטלית****

חתימה וחותמת הרופא

22641

מספר רשיון

ד"ר לביה ליפשה תמיר

שם הרופא

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

ה.ר. 7

הפניה לפיזיותרפיה

מדמוני אוריאל

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

דף 1

21/01/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00325447969

תאריך: 21/01/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרט:	מס זהות:	גיל:	תאריך:
מדמוני אוריאל	27/09/2003	00325447969	20.03	21/01/2024
ת.לידה:	מס בית:	רחוב:	טלפון נוסף:	
27	52- 7665336	יגאל אלון	58- 3265336	

שלום רב,

תאריך הביקור: 21/01/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך/2014:
בן 10 שבר רדיוס מרוחק נפילה במדרכה לדבריו צילום עמדה נאותה
29/06/2014: צילום עמדה נאותה
13/07/2014: צילום שבר מחובר
12/05/2022:
חבלת צוואר גב תחתון ללא הפרעת סוגרים צילומים ללא שבר
15/11/2022: עדין כאב גב
14/02/2023: עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים
21/01/2024: עדין כאב צוואר גב ללא הפרעת סוגרים

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 014:
ללא חסר נוירוסקולרי
29/06/2014
13/07/2014

12/05/2022:

רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר
נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים
לסג 40
15/11/2022:

רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40
14/02/2023: רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי
הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי
מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40
21/01/2024: רגישות ע"ש צוארי ללא חסר נוירולוגי
הגבלה בינונית רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי
מכופפי קרסולים אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/02/2023:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/11/2022:

ההפניות שהופקו ב 12/05/2022:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
15/11/2022:

ההפניות שהופקו ב 15/11/2022:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
14/02/2023:

ההפניות שהופקו ב 14/02/2023:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
21/01/2024:

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

21/01/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00325447969

מדמוני אוריאל

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

בברכה,

שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 33 עד 33)



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

אייל מדמוני - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובע, אייל מדמוני, 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 בית החולים זיו, בצפת 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 35 עד 38)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, ע"י רשמי 325447969, מרחוב life בלוי זיני רחף,
 ת.ז. מס' 325447969, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
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 ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 7 שנה 22

חתימה: א"ל X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרזוק
מס' רשום: 2254

עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם האב	תעודת זהות <u>325447969</u>	שם פרטי <u>דניאל</u>	שם משפחה <u>שלום</u>	מס' רישון <u>28</u>
טלפון	מיקוד	עיר <u>ירושלים</u>	מס'	רחוב

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

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

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

תאריך: 15.7.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: א.י. X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשומ: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ א. יומני בעל ת.ז. 325447969 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:	<u>2002</u>	הפגיעה:	<u>שריף</u>	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X א.י.
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד א. יומני, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 29.1.24
הופיע/ה בפני א. יומני (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 325447969
ולאחר שהוזהרתי/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.

אבנאל פרינברג, עו"ד

חתימת עו"ד