

תאריך חתימת המסמך: 4.2.24

התובע: **אריה יוכט, ת.ז. 007805534**
מרחוב צייטלין 31, תל אביב
טלפון: 054-3455751

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 –

הנתבעת: **איי.די.אי חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב אפעל 35, פתח תקוה
טל': 03-5656778; פקס: 03-7569580

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.



(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 19/12/1948, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 346-18-002 (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 ודיווח למבטחת, 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, 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 31.1.2023, בשעה 14:15 או בסמוך לכך, עת יצא מחניון, פגע ברכבו בעוצמה רכב הנושא מ"ר 146-29-001, והתובע נחבל ונפגע בגופו (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים, איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר מספר שעות שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 7 ימים.
9. נוכח החמרה בכאבים עם הקרנה לגפיים התחתונות ונימול, לרבות, קושי בהרדמות ושינה וקושי בתפקוד פנה התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים אסותא, ולאחר בדיקה וטיפול הומלץ על ביצוע טיפולי פיזיותרפיה, קבלת זריקות וולטרן, המשך טיפול ומנוחה בת 10 ימים נוספים.
10. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ונטילת תרופות לשיכוך כאב וזריקות וולטרן לשיכוך והרגעת הכאב ושיפור התפקוד.
11. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה פריצת דיסק גדול פראמדיאני ופורמינלי לשאל הגורם לאימפרסיה על

חלקו השמאלי של השק ולמגע בשורש L3 משמאל. כן, הודגמו בלטי דיסק עם היצרות ספינלית בגבהים L4-L5 – S1. נוכח הממצאים הוחלט להפנות את התובע בדחיפות לבדיקת מומחה עמוד שדרה והוא הונחה לשהות במנוחה נוספת בת 16 ימים.

12. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה ובמקביל טופל במרפאה הנוירוכירורגית של בית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנה חולשה בגפיים התחתונות והוחלט על המשך טיפול פיזיותרפי שמרני, המשך מעקב במרפאת החוץ לאחר ביצוע בדיקת MRI והפניה למרפאת כאב.

13. בדיקת MRI שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה דיסקופתיה במספר מרווחים עם היצרות קשה של התעלה.

14. התובע טופל במסגרת מרפאת כאב וניתנו לו זריקות לשיכוך כאב עם המלצה לטיפול פיזיותרפיה נוספים, המשך טיפול במסגרת מרפאות כאב, שקילת הצורך בהתערבות ניתוחית בהתאם והמשך מעקב רפואי בקהילה ובמסגרת מרפאות החוץ של בית החולים איכילוב.

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

15. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מקושי בכיפוף וכריעה, קושי בהליכה, ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בנשיאת משאות, מכאבים עזים, מקשיי הירדמות ושינה לא רציפה, הוא תלוי בטיפול תרופתי לשיכוך כאב, נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

16. התובע עורך דין עצמאי, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

18. 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:

- | | |
|-----------|---|
| 125,250 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 22,480 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 15,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 28,250 ₪ | (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 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 8)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 10 עד 34)	10
נספח 3: (8) בקשה למינוי מומחים (עמודים 36 עד 36)	36
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר (עמודים 38 עד 40)	38



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 8)



מספר תיק: 51790 / 2023
 שם מעורב: יוכט אריה
 מזהה מסמך: M168817734



אישור בדבר הגשת דיווח בתיק

פרטים כלליים

51790/2023	מספר תיק פלא	תחנת לב תא ירקון	יחידה
יומן,	סיווג תיק	רח' יעקב דורי, רכבת סבידור - חניון אחוזת החוף	כתובת
ב	מס' מסמך בתיק	03-7416444	טלפון
12:44, 01/02/2023	תאריך	03-7416436	פקס

פרטי האישור

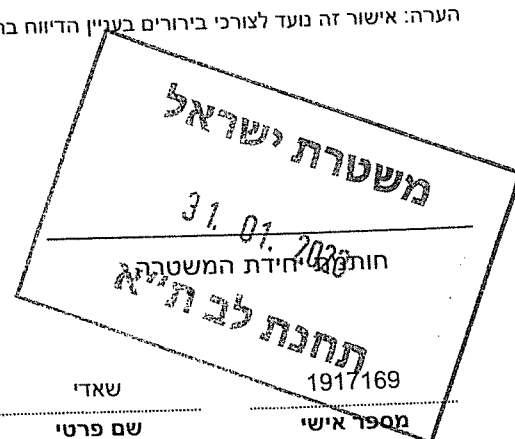
משל לב תא	ביחידת המשטרה:	12:35	בשעה	01/02/2023	הריני לאשר שבתאריך
		007805534	מס' ת"ז	אריה יוכט	הודיע (ה) מר/גב:

על:

כניסה ברכב מאחור ביציאה מהחניה

רמת גן דרך זאב ז'בוטינסקי 1 בכביש עירוני	במקום האירוע:	14:15	בשעה	31/01/2023	בתאריך:
				פרטי נוסעים	תיאור הרכב:
הונדה-יפן	תוצר:	34618002	מספר רכב:	ישראלית	לוחית:
					תאור הרכוש שניזוק המקושר למעורב:

הערה: אישור זה נועד לצורכי בירורים בעניין הדיווח בתיק שבנידון ואינו תחליף לכל אישור רשמי אחר.



רסר
דרגה

מנדוה
שם משפחה

שאדי
שם פרטי

1917169
מספר אישי

משל לב תא
מקום שרות

חוקר
תפקיד

חתימה
01/02/2023 12:44

12:44

01/02/2023 בשעה הופק בתאריך:

חתימה
01/02/2023 12:44

הערה: אין לראות במסמך זה אישור על אמיתות הדיווח

תאריך הדפסה: 01/02/2023
 מס' פוליסה: 1453715101
 אסמכתא: 101913555
 ביטוח: רכב, מקיף מלא, פרטי

אריה יוכט
 רחוב צייטלין 31, דירה 14, כניסה
 תל אביב-יפו 6495524



טופס דיווח דיגיטלי

מס' דיווח: 1792884

פרטי מועד ומיקום האירוע:

תאריך האירוע: 31/01/2023	שעת האירוע: 14:15	מיקום האירוע: רחוב זאב זבוטינסקי 1, רמת גן, ישראל
--------------------------	-------------------	---

פרטי בעל הפוליסה:

שם: אריה יוכט	ת"ז/דרכון: 007805534	כתובת: צייטלין 31 תל אביב-יפו
טל בבית: 03-6969307	נייד: 054-3455751	כתובת מייל: news_tlv@walla.co.il

פרטי כלי הרכב:

מס' רישוי: 34618002	יצרן: הונדה	שנת ייצור: 2021
---------------------	-------------	-----------------

פרטי הנהג באירוע:

שם: אריה יוכט	ת.ז/דרכון: 007805534	נייד: 054-3455751
תאריך לידה: 19/12/1948	שנת הוצאת רישיון: 2018	חודש הוצאת רישיון: 12

פרטי המעורבים הנוספים באירוע: (צד שלישי)

מעורב מסוג כלי רכב

סוג הרכב: רכב פרטי	מס' רישוי: 16429001	יצרן:	היכן מבוסח: איי אי ג'י ישראל חבר
שם הנהג: בת אל סקנדריון	ת"ז: 021716139	טלפון:	



איי.די.איי חברה לביטוח בע"מ. רח' אפעל 35, קרית אריה, פתח תקווה, 4951132
 טל': 03.5555555 וואטסאפ: 053.555.5555 www.555.co.il

**ביטוח
 ישיר**

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 10 עד 34)



תאריך ושעת ההדפסה: 16:36 31/01/2023

חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER

Affiliated with Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

שם יחידה : המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה : דר' דרוקר אהוד מ.ר. 92576	אח/ות אחראי/ת : שירה פלג
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : יונסט	שם פרטי : אריה	ת.ז. : 7805534
תאריך לידה : 19/12/1948	גיל : 74	טלפון : 054-3455751
מין : זכר	מבוטח בקופה : לאומית	כתובת : צייטלין 31/14 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6495524

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 31/01/2023 15:07 מספר מקרה: 12834457

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

בן 74
רקע IBD, לאחר החלפת AV לפני 4 שנים
מקבל קרטיה

לאחר ת"ד, רכב נפגע מאחורה ללא פתיחת כריות אוויר
כאבי גב תחתון ומותן ימין
שולל חבלת ראש

מצב טוב
יציב המודינמי ונשימתי
רגישות-ע"ש מותני ומותן ימין
ללא סימני חוסר נירולוגי או חבלה נוספת

צ.ע"ש מותני ללא סימני חבלה, שינויים כרוניים בחוליות ע"ש מותני

מחלה נוכחית

בן 74
רקע IBD, לאחר החלפת AV לפני 4 שנים
מקבל קרטיה

לאחר ת"ד, רכב נפגע מאחורה ללא פתיחת כריות אוויר
כאבי גב תחתון ומותן ימין
שולל חבלת ראש

מצב טוב
יציב המודינמי ונשימתי
רגישות-ע"ש מותני ומותן ימין
ללא סימני חוסר נירולוגי או חבלה נוספת

צ.ע"ש מותני ללא סימני חבלה, שינויים כרוניים בחוליות ע"ש מותני

בד. שתן ללא ממצא חריג

סודי רפואי

שם: אריה יוכט	ת"ז: 7805534	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	--------------	--------	----------------------------

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED	E819.9			✓			
CONTUSION BACK	922.31						

אבחנות רקע

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	M/P	Rec
Crohn's disease	555.9					
Other cataract extraction	13.69					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		19/09/2017			57.32.01	Cystoscopy, cystourethroscopy

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

ASPIRIN CARDIO (BAYER) TAB 100 mg P.O	100 mg	
CARDILOC TAB 2.5 mg P.O	2.5 mg	
סיכון גבוה לנפילות במבוגרים		
SIMVACOR TAB 20 mg P.O	20 mg	1 X
בערב		

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	כאב
15:52 31/01/2023	36.7	2

בדיקת שתן

תאריך ושעה	שתן כללית
15:55 31/01/2023	בוצע

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	חום
15:52 31/01/2023	36.7

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב
15:52 31/01/2023	2

סיכום

XXX

המלצות כלליות

המלצה: מנוחה

נגד כאבים

חימום מקומי

מעקב רפואי

במידה מל החמרה בדיקת רופא נוספת

חופשת מחלה: 7 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
------	-------	---------------	---------------	-----	--------	-------	----------	-----------

שם: אריה יונט	ת"ז: 7805534	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	--------------	--------	----------------------------

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
OPTALGIN TAB 500 mg (DIPYRONE)	P.O	500 mg	ביום X 3	5 ימים			SOS	✓
NAXYN (NAPROXEN / NAPROXEN SODIUM)	P.O	500 mg	ביום X 2	5 ימים				✓

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הוזרם לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	31/01/23 15:54
ביוכימיה קלינית-בד. שטן כללית		
Specific gravity - stick	1.002 - 1.030	1.015
pH - stick	5.0 - 8.0	7.5
Leucocytes - stick	leu/μL 0 - 20	NEG
Nitrite - stick		NEG
Protein - stick	mg/dL 0.0 - 15.0	NEG
Glucose - stick	mg/dL 0.0 - 30.0	NORMAL
Ketone bodies - stick	mg/dL 0.0 - 5	NEG
Urobilinogen - stick	mg/dL 0.0 - 2.0	NORMAL
Bilirubin - stick	mg/dL 0.0 - 0.2	NEG
BLD (U, HGB) - stick	mg/dL 0.00 - 0.03	NEG

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
כהנא יהונתן	אחות משחררת	31/01/2023 16:36

רופא משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' דרמן אלכסנדר מ.ר. 25790	רופא/ה משחרר	31/01/2023 16:32

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנות למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים

מטופל/ת יקרה/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות. להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 8840*

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzhut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

שם: אריה יוכט	ת"ז: 7805534	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
---------------	--------------	--------	----------------------------

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



מידע רפואי אישי - מסמך זה מכיל מידע מוגן על לפי חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

07/02/2023

יחידה לאבחון ובירור מהיר

לכבוד: הרופא המטפל

מכתב שחרור

ת.ז: 7805534	מספר תיק: 24911769	שם: יוכט אריה
מין: זכר	גיל: 74	
כתובת: ציטלין 14 תל אביב-יפו	תאריך לידה: 19/12/1948	
טלפון: 054-3455751 נייד: 054-3455751	טלפון נוסף: 03-6969307	

אבחנות בשחרור

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			724.2	LBP, Low Back Pain

תלונה עיקרית ואנמנזה רפואית

בן 74
קרין, החלפת מסתם אורטלי - קרטיה
ללא רגישות ידועה
עורך דין

לדבריו תאונת דרכים פגיעה מאחורה בתאריך 31.01.2023, 1 ברכב, חגורים
פנה למיון איכילוב בשל כאבי צוואר וגב תחתון

לא מקרין, מתקשה להירדם, כאוב כל הזמן.

ללא אובדן שליטה בסוגרים

לא ידועה רגישות לתרופות

אבחנות רקע

Rec	M/P	S/P	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					555.9	Crohn's disease

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקה גופנית

מתהלך על בסיס תקין
מעברים תקינים מעט כאובים
פלקציית גב תקינה כאובה ללא רגישות קו אמצע, רגישות פאראורטיברלית
כח גס תקין שווה בכל התחנות אך מורגש מעט חולשה - רושם בשל כאב
תחושה שמורה דו צדדי
SLR חיובי דו צדדי גבולי
ללא חסך ניורוסקולרי

במעבר על צילום מהמיון - ללא שברים, שינויים ניוונים רבים, היצרות בין חוליות לומבריות בעיקר L4L5 L5S1

סיכום תיק והמלצות

נרשם ע"י: דר' נתיב טל מ.ר. 125953, יחידה לאבחון ובירור מהיר

תאריך עדכון: 07/02/2023 14:44

דיווח / דיון: לאחר תאונת דרכים עם כאבי גב ללא סימני ני ורולוגים, ללא סימני B או דגלים אדומים משתחרר בהמלצות:

שינוי כאב על פי צורך בהתאם להמלצות רופא משפחה
במידה ורופא המשפחה מאשר ממליץ על הזרקת וולטרן IM X2 בשבוע להקלה
פיזיותרפיה בהקדם - חיזוק שרירי ליבה, חיזוק מייצבים, חיזוק זוקפים, חיזוק חגורת האגן, הורדת כאב, תרגילים מרובים לבית
הליכות
ממליץ על חופשת מחלה עשרה ימים נוספים

בכל החמרה במצב - אובדן שליטה בסוגרים, כאבים ללא שליטה, חוסר תחושה באיזור המשפעה והאשכים - לפנות למיון

talna

חתימה:

talna

07/02/2023 14:45:49

DocuSign

נחתם ע"י: דר' נתיב טל מ.ר. 125953



125953-1
07/02/2023 14:45:49

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48 כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955 טלפון : 03-6969307 054-3455751	מגדר : ז גיל : 74Y 1M
! הבדיקה הדרושה : 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת : 724.50 תלונות : LOW BACK PAIN - LBP היה מעורב בתאונת דרכים לפני כ-10 ימים- רכב נכנס ברכב שלו מאחור - הרכב שלו היה בחניה. נגרם נזק משמעותי לרכב. נבדק במיון עקב כאב גב - ללא עדות לחבלה גרמית. נבדק ע"י אורתופד לפני שלושה ימים אשר לא התרשם מקיפוח עיצבי ולא זיהה דגלים אדומים, SLR חיובי דו"צ. המליץ על NSAID ופיזיותרפיה. אחרי תאונת דרכים אבחנות כרוניות : F41 F90.0 OTHER ANXIETY DISORDERS ATTENTION DEFICIT DISORDER-DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION < susp. >	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 3 דפים

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 1M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION V05.30 < s/P > FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER V17.4 AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT V42.20 AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED V58.49 LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS V58.69 HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE 228.01 HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE 272.0 OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT 35.21 < s/P > NERVE ENTRAPMENT 355.90 < susp. > CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED 366.10 < s/P right > CATARACT, OTHER 366.8 < left > OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC 381.1 < bilateral > OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE 382.0 < bilateral > MASTOIDITIS, CHRONIC 383.1 < right >	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 3 דפים

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

ה ע ת ק

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	גיל : 74Y 1M
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	מגדר : ז
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
384.1 MYRINGITIS, CHRONIC, WITHOUT MENTION OF OTITIS MEDIA < right > 389.9 HEARING LOSS, UNSPECIFIED < bilateral > 395.01 AORTIC STENOSIS < severe > 519.91 RESTRICTIVE LUNG DISEASE 555 CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS 555.10 COLITIS 592.0 NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY < left > 607.84 ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE] 733.0 OSTEOPOROSIS	
תרופות קבועות.:	
71854 BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים) 59805 SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)	
תאריך: 9/02/23	הופק במקור ע"י ד"ר גולן כהן אביבית מ"ר: 23440
חוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. להפניה זו מצורפת התחייבות מס. 115051710 לבית החולים: מרכז רפואי קופ"ח ר"ג	הופק ע"י הלקוח באתר האינטרנט

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 3 מתוך 3 דפים

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48 כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955 טלפון : 03-6969307 054-3455751	מגדר: ז גיל: 74Y 1M
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: 724.50 תלונות: היה מעורב בתאונת דרכים לפני כ-10 ימים- רכב נכנס ברכב שלו מאחור - הרכב שלו היה בחניה. נגרם נזק משמעותי לרכב. נבדק במיון עקב כאב גב - ללא עדות לחבלה גרמית. נבדק ע"י אורתופד לפני שלושה ימים אשר לא התרשם מקיפוח עיצבי ולא זיהה דגלים אדומים, SLR חיובי דו"צ. המליץ על NSAID ופיזיותרפיה. אחרי תאונת דרכים אבחנות כרוניות: F41 F90.0 OTHER ANXIETY DISORDERS ATTENTION DEFICIT DISORDER-DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION < susp. > LOW BACK PAIN - LBP	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 3 דפים

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040 - המשך

פרטי המטופל																																													
שם מלא	תעודת זהות																																												
יוכט אריה	1-00780553/4																																												
ת.לידה : 19/12/48	גיל : 74Y 1M																																												
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	מגדר : ז																																												
טלפון : 03-6969307 054-3455751																																													
<table border="0"> <tr> <td>HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION</td><td>V05.30</td></tr> <tr> <td>< s/P ></td><td>V17.4</td></tr> <tr> <td>FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER</td><td>V42.20</td></tr> <tr> <td>AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT</td><td>V58.49</td></tr> <tr> <td>AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED</td><td>V58.69</td></tr> <tr> <td>LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS</td><td>228.01</td></tr> <tr> <td>HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE</td><td>272.0</td></tr> <tr> <td>HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE</td><td>35.21</td></tr> <tr> <td>OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT</td><td></td></tr> <tr> <td>< s/P ></td><td>355.90</td></tr> <tr> <td>NERVE ENTRAPMENT</td><td></td></tr> <tr> <td>< susp. ></td><td>366.10</td></tr> <tr> <td>CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED</td><td></td></tr> <tr> <td>< s/P right ></td><td>366.8</td></tr> <tr> <td>CATARACT, OTHER</td><td></td></tr> <tr> <td>< left ></td><td>381.1</td></tr> <tr> <td>OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC</td><td></td></tr> <tr> <td>< bilateral ></td><td>382.0</td></tr> <tr> <td>OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE</td><td></td></tr> <tr> <td>< bilateral ></td><td>383.1</td></tr> <tr> <td>MASTOIDITIS, CHRONIC</td><td></td></tr> <tr> <td>< right ></td><td></td></tr> </table>		HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION	V05.30	< s/P >	V17.4	FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER	V42.20	AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT	V58.49	AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED	V58.69	LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	228.01	HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE	272.0	HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE	35.21	OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT		< s/P >	355.90	NERVE ENTRAPMENT		< susp. >	366.10	CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED		< s/P right >	366.8	CATARACT, OTHER		< left >	381.1	OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC		< bilateral >	382.0	OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE		< bilateral >	383.1	MASTOIDITIS, CHRONIC		< right >	
HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION	V05.30																																												
< s/P >	V17.4																																												
FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER	V42.20																																												
AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT	V58.49																																												
AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED	V58.69																																												
LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS	228.01																																												
HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE	272.0																																												
HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE	35.21																																												
OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT																																													
< s/P >	355.90																																												
NERVE ENTRAPMENT																																													
< susp. >	366.10																																												
CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED																																													
< s/P right >	366.8																																												
CATARACT, OTHER																																													
< left >	381.1																																												
OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC																																													
< bilateral >	382.0																																												
OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE																																													
< bilateral >	383.1																																												
MASTOIDITIS, CHRONIC																																													
< right >																																													

*** המסמך מכיל מידע חוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 3 דפים

10:12:51

תאריך הדפסה : 9/02/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56438040 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כחובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 1M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
384.1	MYRINGITIS, CHRONIC, WITHOUT MENTION OF OTITIS MEDIA
389.9	< right >
395.01	HEARING LOSS, UNSPECIFIED
	< bilateral >
519.91	AORTIC STENOSIS
555	< severe >
555.10	RESTRICTIVE LUNG DISEASE
592.0	CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS
	COLITIS
	NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY
607.84	< left >
733.0	ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE]
	OSTEOPOROSIS
תרופות קבועות.:	
=====	
71854	BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)
59805	SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)
תאריך: 9/02/23	
הופק ע"י ד"ר גולן כהן אביבית מ"ר: 23440	
תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה.	
להפניה זו מצורפת התחייבות מס. 115051710	
לבית החולים: מרכז רפואי קופ"ח ר"ג	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 3 מתוך 3 דפים

12:21:43

תאריך הדפסה : 9/02/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

טפול ברפואה משלימה משולבת מס. 56441862

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 1M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
! הבדיקה הדרושה: 90082 עיסוי עם שמנים ! אבחנה משוערת: 89.7 תלונות: 89.7 לפני כ 10 ימים היה מעורב בתד וויפלאש נבדק במיון והן באופן פרטי נשללה בעיה אקוטית מדווח שנטל נוגדי דלקת דרך רואפ משפחה עם הטבה חלקית שולל הקרנה קלינית רגישות דיפוזית מותנית ללא פחת תפקודי ללא רגישות ממוקדת על עמוד שדרה ימשיך מהלך שמרני מנוחה ומשככי כאב קומרפסים חמים עיוסי מקומי תאריך: 9/02/23 הופק ע"י ד"ר פאריינתי ליאור מ"ר: 113975 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקציית SMART (מותנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים



מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

שם הנבדק/ת: יוכט אריה	תאריך בדיקה: 26/02/2023
ת.ז. נבדק/ת: 007805534	מספר ביקור: 3805579
תאריך לידה: 19/12/1948	שם הבדיקה: CT ע"ש מותני
	תאריך פענוח: 12/03/2023

לכבוד:
הרופא המטפל: ד"ר ליאור פאריינתי
לאומית

פרטים קליניים: כאב גב מקרין לימין.

טכניקה: בוצעה טומוגרפיה ממוחשבת של עמוד שדרה מותני במכשיר ICT מתקדם, מגובה D12 עד S1, עם חתכים אקסיאליים ושחזורים קורנלים וסגטליים.

השוואה: אין בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:
שחזורים מולטי פלנריים: בצילום הצדדי הודגמו גופי החוליות והמרווחים שביניהם שמורים ללא סטייה.

שינויים ניווניים לאורך עמ"ש כולל זיזים גרמיים בקדמת גופי חוליות ואפקט ואקום. המבנה הגרמי והמפרקי הודגם בצורה תקינה. ללא שברי דחיסה.

סריקה D12-L1:
אין עדות לבלט דיסק.
מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית והנקבים הבינחולייתיים.

סריקה L1-L2:
אין עדות לבלט דיסק.
מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית והנקבים הבינחולייתיים.

סריקה L2-L3:
אין עדות לבלט דיסק.
מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית והנקבים הבינחולייתיים.

סריקה L3-L4:
בקע דיסק גדול פראמדיאני ופורמינלי לשמאל, גורם לאימפרסיה על חלקו השמאלי של השק ולמגע בשורש 3L משמאל.
מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית.

סריקה L4-L5:
בלט דיסק דיפוזי, היפרטרופיה פצטרית ועיבוי ליגמנטום פלבום עם היצרות ספינלית בינונית-ניכרת.
מרכיב פורמינלי עם מגע בשורשים 4L דו"צ.
מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית.



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

נור מדי בע"מ
NOR MED LTD.

סריקה L5-S1:

בלט דיסק דיפוזי קל.

מודגם רוחב תקין של תעלת השדרה הגרמית והנקבים הבינחולייתיים.

בהדגמה מוגבלת של אברי האגן והבטן העליונה המודגמים בסריקה אין רואים ממצא חריג במגבלות העדר הזרקת יוד.

סיכום:

שינויים דיסקופטיים משמעותיים בגבהים 3-4L, 4-5L.
ליעוץ אורתופדי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חולניים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול.
דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
**בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד
דו"ח פענוח אינו מיועד למטרה משפטית ואינו קביל בבית משפט.

תודה על הפניית הנבדק/ת

ד"ר י. אמיתי מ.ר. 99330

מומחה ברדיולוגיה מ.ר.מ. 32607



יוכט אריה 007805534
מסמך זה נחתם אלקטרונית

12:57:12

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

יעוץ רפואי מס. 56896970

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 3M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
===== ! הבדיקה הדרושה: 90869 אורתופד מומחה ! =====	
אבחנה משוערת: ===== 89.7	
חלונות: ===== המטופל השלים CT מותני, ממצאים פתולוגיים משמעותיים !! L3-4 בקע גדול פאראמדיאני ופרומינלי משמאל מגע בשורש L3 L4-5 בלט דיפוזי היפרטרופיה של פאסטים היצרות ספינלית בינונית ניכרת מרכיב פורמינליח שורש L4 דו צדדי מופנה בדחיפות למומחה עמוד שדרה	
אבחנות כרוניות: =====	
OTHER ANXIETY DISORDERS	F41
ATTENTION DEFICIT DISORDER-DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION	F90.0
< susp. >	
HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION	V05.30
< s/p >	
FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER	V17.4

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 3 דפים

12:57:12

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פארינתי ליאור

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

יעוץ רפואי מס. 56896970 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 3M
טלפון : 03-6969307	054-3455751
AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT < s/P > NERVE ENTRAPMENT < susp. > CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED < s/P right > CATARACT, OTHER < left > OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC < bilateral > OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE < bilateral > MASTOIDITIS, CHRONIC < right > MYRINGITIS, CHRONIC, WITHOUT MENTION OF OTITIS MEDIA < right > HEARING LOSS, UNSPECIFIED V42.20 V58.49 V58.69 228.01 272.0 35.21 355.90 366.10 366.8 381.1 382.0 383.1 384.1 389.9	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 3 דפים

12:57:12

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

יעוץ רפואי מס. 56896970 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 3M
טלפון : 03-6969307	054-3455751
< bilateral > AORTIC STENOSIS 395.01 < severe > RESTRICTIVE LUNG DISEASE 519.91 CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS 555 COLITIS 555.10 NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY 592.0 < left > ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE] 607.84 OSTEOPOROSIS 733.0 תרופות קבועות : ===== BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB 71854 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים) SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T 59805 1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים) השאלה ליועץ : ===== מומחה עמוד שדרה	
תאריך : 23/03/23 הופק ע"י ד"ר פאריינתי ליאור מ"ר : 113975 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. אם נדרשת התחיבות לקבלת שירות זה, עליך לפנות לנציגת קשרי לקוחות. קבלת התחיבות מותנית בזכאותך לקבלת שירות זה.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 3 מתוך 3 דפים

13:01:11

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56897023

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48 כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955 טלפון : 03-6969307 054-3455751	מגדר : ז גיל : 74Y 3M
! הבדיקה הדרושה: 18612 טיפול פיזיותרפי פרטני-לא התפתח ! אבחנה משוערת: 89.7 תלונות: ===== המטופל השלים CT מותני, ממצאים פתולוגיים משמעותיים !! L3-4 בקט גדול פאראמדיאני ופרומינלי משמאל מגע בשורש L3 L4-5 בלט דיפוזי היפרטרופיה של פאסטים היצרות ספינלית בינונית ניכרת מרכיב פורמינליח שורש L4 דו צדדי מופנה בדחיפות למומחה עמוד שדרה אבחנות כרוניות: ===== OTHER ANXIETY DISORDERS F41 ATTENTION DEFICIT DISORDER-DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION F90.0 < susp. > HEPATITIS A-NEED FOR PROPHYLACTIC VACCINATION AND IMMUNIZATION V05.30 < s/P > FAMILY HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASES, OTHER V17.4	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 3 דפים

13:01:11

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56897023 - המשך

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 3M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
AORTIC HEART VALVE REPLACED BY TRANSPLANT AFTERCARE FOLLOWING SURGERY, OTHER SPECIFIED LONG-TERM (CURRENT) USE OF OTHER MEDICATIONS HEMANGIOMA OF SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE HYPERCHOLESTEROLEMIA, PURE OPEN AND OTHER REPLACEMENT OF AORTIC VALVE WITH TISSUE GRAFT < s/p > NERVE ENTRAPMENT < susp. > CATARACT, SENILE, UNSPECIFIED < s/p right > CATARACT, OTHER < left > OTITIS MEDIA, SEROUS, CHRONIC < bilateral > OTITIS MEDIA, SUPPURATIVE, ACUTE < bilateral > MASTOIDITIS, CHRONIC < right > MYRINGITIS, CHRONIC, WITHOUT MENTION OF OTITIS MEDIA < right > HEARING LOSS, UNSPECIFIED V42.20 V58.49 V58.69 228.01 272.0 35.21 355.90 366.10 366.8 381.1 382.0 383.1 384.1 389.9	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 2 מתוך 3 דפים

13:01:11

תאריך הדפסה : 23/03/23

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

פיזיותרפיה מס. 56897023 - המשך

פרטי המטופל																					
שם מלא	תעודת זהות																				
יוכט אריה	1-00780553/4																				
ת.לידה : 19/12/48	גיל: 74Y 3M																				
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	מגדר: ז																				
טלפון : 03-6969307 054-3455751																					
<table> <tr> <td>< bilateral ></td> <td>395.01</td> </tr> <tr> <td>AORTIC STENOSIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< severe ></td> <td>519.91</td> </tr> <tr> <td>RESTRICTIVE LUNG DISEASE</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS</td> <td>555.10</td> </tr> <tr> <td>COLITIS</td> <td>592.0</td> </tr> <tr> <td>NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< left ></td> <td>607.84</td> </tr> <tr> <td>ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE]</td> <td>733.0</td> </tr> <tr> <td>OSTEOPOROSIS</td> <td></td> </tr> </table>		< bilateral >	395.01	AORTIC STENOSIS		< severe >	519.91	RESTRICTIVE LUNG DISEASE	555	CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS	555.10	COLITIS	592.0	NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY		< left >	607.84	ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE]	733.0	OSTEOPOROSIS	
< bilateral >	395.01																				
AORTIC STENOSIS																					
< severe >	519.91																				
RESTRICTIVE LUNG DISEASE	555																				
CROHN'S DISEASE - REGIONAL ENTERITIS	555.10																				
COLITIS	592.0																				
NEPHROLITHIASIS-CALCULUS OF KIDNEY																					
< left >	607.84																				
ERECTILE DYSFUNCTION OF ORGANIC ORIGIN [IMPOTENCE]	733.0																				
OSTEOPOROSIS																					
תרופות קבועות.:																					
=====																					
<table> <tr> <td>BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB</td> <td>71854</td> </tr> <tr> <td>1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T</td> <td>59805</td> </tr> <tr> <td>1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)</td> <td></td> </tr> </table>		BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB	71854	1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)		SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T	59805	1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)													
BISOPROLOL 2.5 MG 30 TAB	71854																				
1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)																					
SIMVASTATIN-TEVA 40MG 30T	59805																				
1 טבליה דרך הפה, פעם ביום (במשך 30 ימים)																					
תאריך: 23/03/23																					
הופק ע"י ד"ר פאריינתי ליאור מ"ר: 113975																					
תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקציית SMART (מותנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.																					

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 3 מתוך 3 דפים

12:21:43

תאריך הדפסה : 9/02/23

ה ע ת ק

גורם מפנה

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר. : 113975

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

רופא אישי

ד"ר גולן כהן אביבית

רפואת משפחה

מ.ר. : 23440

כתובת המרפאה :

הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון במרפאה : 03-6970306

טפול ברפואה משלימה משולבת מס. 56441862

פרטי המטופל	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
ת.לידה : 19/12/48	מגדר : ז
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 64955	גיל : 74Y 1M
טלפון : 03-6969307 054-3455751	
! הבדיקה הדרושה: 90082 עיסוי עם שמנים ! אבחנה משוערת: 89.7 GENERAL PHYSICAL EXAMINATION תלונות: לפני כ 10 ימים היה מעורב בתד וויפלאש נבדק במיון והן באופן פרטי נשללה בעיה אקוטית מדווח שנשל נוגדי דלקת דרך רואפ משפחה עם הטבה חלקית שולל הקרנה קלינית רגישות דיפוזית מותנית ללא פחת תפקודי ללא רגישות ממוקדת על עמוד שדרה ימשיך מהלך שמרני מנוחה ומשככי כאב קומפרסים חמים עיוסי מקומי תאריך: 9/02/23 הופק במקור ע"י ד"ר פאריינתי ליאור מ"ר: 113975 תוקף ההפניה ל- 91 ימים מתאריך הוצאתה. הופק ע"י הלקוח באתר האינטרנט ניתן להפיק את ההתחייבות באתר LEUMIT.CO.IL ב"תיק הבריאות שלי" או באפליקציית SMART (מותנה בהוראת קבע). לקבלת שם משתמש וסיסמה יש לפנות לנציג לאומית.	

*** המסמך מכיל מידע מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ***

דף 1 מתוך 1 דפים



התחייבות: 115056265



ת.ז לקוח: 007805534



לכבוד

שם ספק : בר לב מיכל - הפטמן ת"א
כתובת : הפטמן 4 תל אביב-יפו
טלפון : 03-6970306
טלפון נוסף: 03-6970306

תאריך הפקדה: 9/02/2023

מקור

התחייבות למכון מספר: 115056265

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 9/02/2023				
פרטי הלקוח				
שם		תעודת זהות		
יוכט אריה		007805534		
שנת לידה : 1948		טלפון : 03-6969307		
כתובת : צייטלין 31 תל אביב-יפו 6495524		טלפון נוסף: 054-3455751		
פרטי טיפול				
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק	כמות
1	90082	עיסוי עם שמנים	90082	1
פרטי גורם מפנה				
שם רופא		מספר רשיון		
תוקף התחייבות זו עד תאריך 31/03/2023				
מרכז רפואי: תל אביב ראשי				
מפיק:..... אינה וולודרסקי-נ.ק.ל.				
חתימה וחותמת				
לקוח נכבד !				
שירות רפואי זה ניתן במסגרת זכאותך לשירותי בריאות נוספים בתכנית השב"ן (הביטוח המשלים) לאומית זהב.				
התחייבות זו מחייבת בתשלום של 84.00 ש"ח. סכום זה יגבה באמצעות הוראת קבע עפ"י הפרטים המצויים בידנו במועד הקרוב.				
אם התחייבות לא תמומש, ניתן לפנות למרפאה לקבלת החזר השתתפות. ההחזר יהיה כנגד טופס התחייבות מקורי.				
לא יתבצע החזר כספי אלא אם ביטול התור יתבצע 24 שעות מראש				
תודה שבחרת לאומית				

ד"ר פאריינתי ליאור

כירורגיה אורתופ

מ.ר: 113975

מרפאה: סניף תל אביב ראשי

כתובת: הפטמן 4 תל אביב-יפו

טלפון: 03-6970306

אישור מחלה

(לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 23/02/23 עד תאריך 10/03/23, סה"כ 16 ימים.	
הערות:	
תאריך	
23/02/23	הופק ע"י ד"ר פאריינתי ליאור מ"ר: 113975

*** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ***

תאריך הדפסה: 23/02/23

03-6970306:ןלפלו

אישור מחלה

(לא לתאונות עבודה ולמחלות מקצועיות)

פרטי האישור	
הנני מאשר כי המטופל/ת:	
שם מלא	תעודת זהות
יוכט אריה	1-00780553/4
נעדר/ה מעבודתו/ה מתאריך 23/03/23 עד תאריך 15/04/23, סה"כ 24 ימים.	
הערות:	
תאריך	הופק ע"ד רפאליינתי ליאור מ"ר: 113975
23/03/23	

***** המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ****

תאריך הדפסה : 23/03/23

נספח 3 :

(8) בקשה למינוי מומחים

(עמודים 36 עד 36)



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

אריה יוכט - נ ג ד - ישיר חברה לביטוח בע"מ

התובע, אריה יוכט, 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 איכילוב, בתל אביב, בבית החולים אסותא ובמסגרת קופת החולים לאומית.

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 38 עד 40)



א.י. זאב

206 So 31/14 186-3

7805534

ת.ז.ח.פ. מס'

מרחוב

נגד



ולראיה באתי על החתום

23

12

25

היום

שנה

חתימה: עמית

הגני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם משפחה <u>יוסף</u>	שם פרטי <u>אריה</u>	תעודת זהות <u>345534</u>	שם האב _____	טלפון _____
<u>31/14</u>	<u>מס'</u>	<u>מס'</u>	<u>מס'</u>	<u>מס'</u>
<u>רחוב</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>	<u>טלפון</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 האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____

תאריך: 25.12.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ ארי' יוסף בעל ת.ז. 7805534 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X ארי' יוסף

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מילא/חיות, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 25.12.23
הופיע/ה בפני ארי' יוסף (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 7805534
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין