

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס - 077-3180983

14.10.20

לכבוד

הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית

מחלקת תביעות חובה

באמצעות פקס: 03-711667

מ.ל.ב

לצרכי מו"מ לפרשה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 2.7.18

הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237

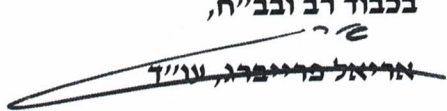
הנפגע: ג'ורג' בלאסני, ת.ז. 203764535

מס' תביעה: 331296

בהמשך למכתבכם מיום 14.10.20 הריני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. תיק המשטרה אינו מצוי בידי הח"מ.
2. מרשי לא פנה בתביעה עפ"י חוק הנכים.
3. לעיונכם וקבלת הצעתכם המקסימלית לסילוק התביעה אודה.

בכבוד רב ובב"ח,


אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 14/10/2020 16:11
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	14/10 16:10
FAX NO./NAME	7111667
DURATION	00:00:30
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס - 077-3180983

14.10.20

לכבוד

הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית

מחלקת תביעות חובה

באמצעות פקס: 03-711667

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 2.7.18

הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237

הנפגע: ג'ורג' כלאסני, ת.ז. 203764535

מס' תביעה: 331296

בהמשך למכתבכם מיום 14.10.20 הריני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. תיק המשטרה אינו מצוי בידי הח"מ.

2. מרשי לא פנה בתביעה עפ"י חוק הנכים.



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 6618356
טל': 03-7111666 פקסימילה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד: 6137401
מייל מח' תביעות: tviot@karait.co.il מייל לתביעות סיכוב: tviot-hazara@karait.co.il

כ"ו תשרי, תשפ"א

14 אוקטובר, 2020

מספרנו: 331296

נפגע מס': 1

מבלי לפגוע בזכויות

מבלי לפגוע בטענת התיישנות

לצרכי מו"מ בלבד

בפניה נא לחייג שלוחה

באמצעות פקס 077-3180983

לכבוד

אריאל פרייברג - עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן

ח.נ.

הנדון: אירוע מיום: 02/07/2018

הנפגע/ת: בלאסני ג'ורג'

- למכתבכם צורפו המידע (כולל תשובות לשאלות להלן) ו/או המסמכים כדלקמן:
טופס ויתור סודיות רפואית
- נזכירכם כי טרם המצאתם את המידע והמסמכים שנדרשו על ידנו כמפורט להלן:
א. תיק משטרה
ב. האם פנה למשחב"ט/משטרה עפ"י חוק הנכים
- בשים לב למהות הבדיקות הנדרשות, לא ניתן לפי שעה לגבש עמדה סופית לגבי הזכאות לפיצוי מהקרן.
אנו ממשיכים את בדיקותינו ועם סיומן נודיעכם עמדתנו העניינית.
- יודגש, כי אין באמור לעיל משום הכרה בחבותה של קרנית בגין האירוע שבנדון.

בכבוד רב

דיקלה רוזן, עו"ד

מחלקת תביעות

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה – 1975, מתיישנת בחלוף שבע שנים ממועד התאונה.
אם התובע הינו קטין, לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנה.
הוראות נוספות לגבי התיישנות מצויות בחוק ההתיישנות התשי"ח - 1958.
אם התאונה ארעה מחוץ לשטח מדינת ישראל יכול ותחול תקופת התיישנות מקוצרת עד כדי שנתיים עפ"י הדין החל במקום אירוע התאונה.
שים לב – פנייה לקרנית אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
מרוץ ההתיישנות נעצר רק עם הגשת תובענה לביהמ"ש.

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס - 077
3180983

16.9.20

לכבוד

הקרון לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל: tviot@karnit.co.il

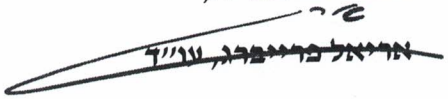
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 2.7.18
הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237
הנפגע: ג'ורג' כלאסני, ת.ז. 203764535
מס' תביעה: 331296

מצ"ב טופס וס"ר חתום על ידי מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,


אריאל פרייברג, עו"ד

מס' תביעה: 331296
מס' נפגע: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגיר

1. אני החתום-מטה בלאסני ג'ורג' ת.ז. 203764535 נותן/נת בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי ואו פסיכיאטרי ואו קופת חולים ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי ואו לשירות בתי הסוהר ואו לשלטונות צה"ל ואו למשרד הביטחון ואו למשרד הרווחה ואו למשרד החינוך ואו ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ואו לשרות הפסיכולוגי ואו למשרד הבריאות ואו כל קרן פנסיה ואו משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ואו הלשכה לפיצויים אישיים ואו ועדת תביעות ואו הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ואו הפסיכיאטרי ואו הנפשי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו על הישגי בלימודים ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/נת רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ואו כל מסמך, ואו מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ואו לתאונות קודמות ואו מאוחרות שעברתי כולל מצב תביעה, סכום חסילוק ומועדו.

2. אני משחרר/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ואו כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו הנפשי ואו הפסיכיאטרי ואו השיקומי ואו הרווחה ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ואו הישגי בלימודים ומתירה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ואו משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

3. הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגעת (פרטי ומשפחה):	<u>ג'ורג' בלאסני</u>	רופא משפחה:	
שם האב:	<u>מאיר</u>	רופא:	
שם קודם/שם נעורים:		רופא:	
כתובת עדכנית:	<u>אל ג'ורג' 16</u>	שם ב"ס יסודי:	
כתובת מגורים קודמת:	<u>חיפה</u>	ישוב:	
מס' אישי בצה"ל:		שם ב"ס תיכון:	
קופ"ח בה הנני חבר בחווה:		ישוב:	
סניף:		ביה"ח בו נולדתי:	
קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:		תאריך עלייה:	
	<u>מכבי</u>		
	<u>הדר סיני</u>		

16/09/2020 תאריך

יחתימת הנפגעת

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

16.9.20
תאריך

י"ד אריאל פרייברג
יחתימת המוסד

62250
מספר רישיון

שם

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לווינסטיין (קומה 17) ת"א 6618356
טל': 03-7111666 פקסימילה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד: 6137401
מייל מח' תביעות: tviot@karnit.co.il מייל תביעות שיבוצ: tviot-hazara@karnit.co.il

י"א אלול, תש"פ
31 אוגוסט, 2020
מספרנו: 331296
נפגע מס': 1
מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות
לצרכי מו"מ בלבד
בפניה נא לחייג שלוחה
באמצעות פקס 077-3180983

לכבוד

אריאל פרייברג - עו"ד
לידי עו"ד אריאל פרייברג
אבא הלל 7
רמת גן
ח.נ.

הנדון: אירוע מיום: 02/07/2018
הנפגע/ת: כלאסני ג'ורג'

- הרינו מאשרים קבלת מכתבכם מ-09/08/2020.
- למכתבכם צורפו המידע (כולל תשובות לשאלות לחלן) ואו המסמכים כדלקמן:
 - טופס ויתור סודיות רפואית
 - יפוי כח חתום
 - אישור משטרה
 - דו"ח פינוי מד"א
 - מסמכים רפואיים
- נבקשכם להמציא המידע והמסמכים שיפורטו לחלן, וזאת לצורך המשך הטיפול בפנייתכם:
 1. טופס ויתור סודיות רפואית הרצ"ב
 2. תיק משטרה המלא
 3. האם פנה למשחב"ט/משטרה עפ"י חוק הנכים
- נבקש להודיעכם כי לא נוכל לסיים את בדיקותינו בנוגע לחבות עד שיומצאו על ידכם המידע והמסמכים 1-3 המפורטים לעיל. במקביל ובמידת האפשר, נמשיך את בדיקותינו.
- יודגש, כי אין באמור לעיל משום הכרה בחבותה של קרנית בגין האירוע שבנדון.

בכבוד רב
דיקלה רוזן, עו"ד
מחלקת תביעות

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה - 1975, מתיישנת בחלוף שבע שנים ממועד התאונה.
אם התובע הינו קטין, לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנה.
הוראות נוספות לגבי התיישנות מצויות בחוק ההתיישנות התשי"ח - 1958.
אם התאונה ארעה מחוץ לשטח מדינת ישראל יכול ותחול תקופת התיישנות מקוצרת עד כדי שנתיים עפ"י הדין החל במקום אירוע התאונה.
שים לב - פנייה לקרנית אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
מרוץ ההתיישנות נעצר רק עם הגשת תובענה לביתמ"ש.



קרנית קרן לפיצוי תאונות דרכים

תאגיד - לפי תוכן פיצויים לתאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 6618356
טל: 03-7111666 פקסימילה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד: 6137401
מייל מכת' תביעות: tvlot@keranit.co.il מייל תביעות שיכור: tvlot-hazara@keranit.co.il

מס' תביעה: 331296

מס' נפגע: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגין

1. אני החתום-מטה בלאסני ג'ורג' ת.ז. 203764535 נותן/נת בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי ואו פסיכיאטרי ואו קופת חולים ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי ואו לשירות בתי הסוהר ואו לשלטונות צה"ל ואו למשרד הביטחון ואו למשרד הרווחה ואו למשרד החינוך ואו ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ואו לשרות הפסיכולוגי ואו למשרד הבריאות ואו כל קרן פנסיה ואו משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ואו הלשכה לפיצויים אישיים ואו ועדת תביעות ואו הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ואו הפסיכיאטרי ואו הנפשי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו על הישגי בלימודים ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/נת רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ואו כל מסמך, ואו מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ואו לתאונות קודמות ואו מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

2. אני משחרר/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ואו כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו הנפשי ואו הפסיכיאטרי ואו השיקומי ואו הרווחה ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ואו הישגי בלימודים ומתירה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ואו משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

3. הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגע/ת (פרטי ומשפחה):	רופא משפחה:
שם האב:	רופא:
שם קודם/שם נעורים:	רופא:
כתובת עדכנית:	שם ביי"ס יסודי:
כתובת מגורים קודמת:	ישוב:
מס' אישי בצה"ל:	שם ביי"ס תיכון:
קופ"ח בה הנני חבר בהווה:	ישוב:
סניף:	ביה"ח בו נולדתי:
קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:	תאריך עלייה:
	תאריך*
	חתימת הנפגע/ת*

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

שם*	מספר רישיון*	חותמת וחתימה*	תאריך*
-----	--------------	---------------	--------

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

שלח דסקס וד"ר

9.8.20

לכבוד

הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית

מחלקת תביעות חובה

באמצעות דוא"ל: tviot@karnit.co.il

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 2.7.18

הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237

הנפגע: ג'ורג' כלאסני, ת.ז. 203764535

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 2.7.18 בשעה 20:00, או בסמוך לכך, בדרך כורכר בסמוך לרחובות הר שומרון וזיסו בהרצליה, היה מרשי, שוטר במשטרת ישראל, בסיור שגרתי. במהלכו, פנו מרשי ושותפו לסיור, השוטר דורי סנדלר להתפנות, או אז שמעו קול של אופנוע המגיע מכיוון מערב. הם פנו לכיוון ממנו הגיע האופנוע ומרשי נפגע מהאופנוע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, דו"ח על פציעה ודו"ח פעולה, מסומנים "1 - 4"

2. ממקום התאונה הובהל מרשי באמצעות מד"א לבית החולים מאיר בכפר סבא, שם אובחנו חבלות באגן, בברך וברגל ימין בסנטר. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל בדיקות הדמיה והדבקת החתך שוחרר מרשי לביתו בהמלצה להמשיך מעקב רפואי, להימנע מחשיפה לשמש, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב דו"ח פינוי מד"א וסיכום אשפוז, מסומנים "5 - 7".

3. מרשי טופל במסגרת קופת החולים ונוכח הכאבים וההגבלה בתנועות ברך ימין הופנה מרשי לביצוע בדיקות הדמיה אשר הדגימה קרע מורכב במיניסקוס הלטרילי הכולל מספר קרעים ונוזל בכמות קטנה במפרק הברך.

4. נוכח הממצאים האובייקטיביים הופנה מרשי לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מרשמים ותעודות מחלה, מסומנים "8 - 16".

5. מרשי שוטר במשטרת ישראל, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בכשירות פיזית ופעילות בעצימות גבוהה, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשי בביצוע עבודתו, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נאלץ לצמצם את פעילותו וביצוע עבודות בשכר ונגרמו לו הפסדי השתכרות.

6. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, מתקשה מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

7. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, מתקשה מרשי בניידות ובהגעה ממקום למקום, הוא נזקק להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות ויזקק להוצאות בגין נסיעות גם בעתיד.

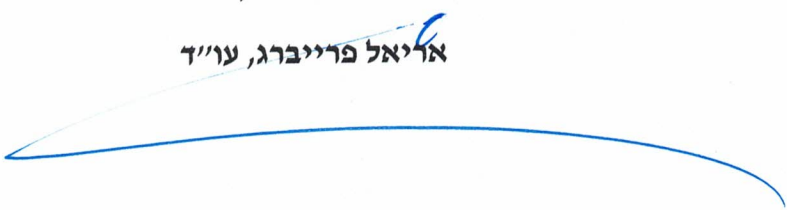
8. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך 165,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

9. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>מאיר</u> שם האב	<u>203764535</u> תעודת זהות	<u>גורן</u> שם פרטי	<u>כחלון</u> שם משפחה
_____ טלפון	_____ מיקוד	_____ עיר	_____ מס'
			<u>רחוב</u> _____ <u>מס'</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 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 20.7.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
X _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האמטרונוס) 62254 _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ג' אדר ב' תשס"ו, מרחוב הא. צה"ל 16 ת"פ:,
ת.ז. מס' 203764535,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא 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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, 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 הני"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 הני"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.

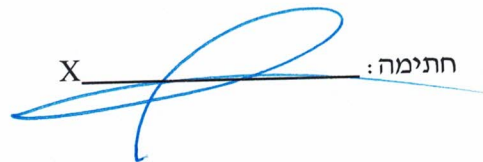
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימוני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 20 לחודש 7 שנה 20

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים
 יחידת בוחנים מחוז תא 15/07/2018 ג' אב תשע"ח 17:31
 תאריך מס' תיק מסוף 0 - 2018 - 11804 - 2008
 טלפון 03-6802222
 כתובת אמצ' 2, תל אביב
 נושא המסמך
 מספר תיק פלא 2018
 סיווג תיק ת.ד.
 מס' מסמך בתיק
 פקס
 מייל
 298185 / ת.ד.
 03-6803607
 yohananim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 02/07/2018 בשעה 20:00
2. מקום התאונה: הרצלייה, רחוב הר שומרון 20 בכביש עירוני
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים: הרצלייה, הר שומרון 20

מספר רכב
 ללא מספר רכב
 חברה ביטוח
 אין ביטוח
 פרטי הרכב:
 סוג רכב
 (אופנוע חשמלי (במערכת ת.ד.)
 תוצר רכב
 סוג לוחית
 ישראלית
 מעורבים ברכב:
 שם
 מושל הראל יהודה
 קופ"ח / בית חולים
 שנת לידה
 16/09/1984
 חומרת הפגיעה
 שיוך המעורב
 רוכב
 כתובת
 הוד השרון, עזר וייצמן 14
 פרטי הולכי רגל:
 שיוך המעורב
 הולך רגל
 כתובת
 חיפה, אל גזאלי 16
 כמות נפגעים: 1
 מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק

מ"א 959742
 שם משפחה
 צמח
 שם פרטי
 אלי
 פרטי השוטר המוסר
 מ"א 943175
 דרגה
 רביב
 שם משפחה
 רחל
 שם פרטי

תאריך: 10/07/2018
(יש לציין את תאריך מילוי הטופס)



דו"ח על פציעה

משרת

מספר איש: 2037453502

חוזמת "זוהב" של יחידת השירות

חלק 1: יומא ע"י קצין רוחה הפצוע

מספר איש: 1900696

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

מספר איש: 052788988

שם: 3. אם נסעת ברכב משטרה הנשאר לוחית זהו אחריות, ציין את מספר רישוי הרכב והשטח בו נמצא.
4. חתום אד"ר ובו פרטי הנפגעים, כלי הרכב ותחנת הביטוח.
5. כתוב שיעור (טופס כתב המחאה זכות) למעט אם התאונה ארעה ברכב משטרה בלבד.

הערות:
ידוע לי כי אם ישולמו לי החוזים כספיים בגין הוצאות רפואיות הנבעות מפציעה זו - אין בעצם השלום ו/או בהחייב להחזיר למשטרה סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בהתקף.
כן מובא בואר לדיעוה כי אישור קצין נפגעים לכן שפיעוהי הינה בהתקף אינו מחייב את משרד הביטחון הממשלתי (נכס ונספחים) התשס"א 1981.

אם השטח/המחאה אינו מסולח לחתום, וחתום מפקד/קצין רוחה/קצין א"ש במקומו.

פרטי הקצין החוזת:

מספר איש: 052788988

חלק 2: יומא ע"י קצין - מפקד הישיר של השטח/המחאה

א. האירוע התרחש למשטרה ידועת: ☒ במהלך המשמרת ☐ ביחידה: ☐ לשוהים בתנאי קסרקטין או ☐ במהלך קורס ☐ בעת פעילות ספורט ויחידות ☐ בדרך ל: ☐ אחר, פרט: ☐

ב. המלצה: ☐ ממליץ לאשר את התנאים שבר"ח. ☐ ממליץ למנות קצין בדרג מעברית ☐ הערות: ☐

ג. סה"כ ימי העדרות של השטח: ☐ מיום: ☐

פרטי המפקד:

חלק 3: נבטע ע"י קצין רוחה (במפורט בסעיף 4 שבדף ההסבר)

שולח החדר עבור - ☐ טיפול רפואי ראשוני במקדמי חירום בסך ☐ גביה עבור שירותים רפואיים בקופ"ח (אגרת רבעון) בסך ☐

הערות:

פרטי קצין החוזת:

חלק 4: יומא ע"י קצין נפגעים

האירוע התרחש: ☐ בתפקיד ☐ לא בתפקיד ☐

הערות:

אישור קצין הנפגעים אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין נזקאות כמפורט בחוק המשטרה (נכס ונספחים)

פרטי המאשר:

תאריך: 10/07/2018

מספר איש: 052788988

דו"ח

שם

חלק 5: יומא ע"י קצין נפגעים

האירוע התרחש: ☐ בתפקיד ☐ לא בתפקיד ☐

הערות:

אישור קצין הנפגעים אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין נזקאות כמפורט בחוק המשטרה (נכס ונספחים)

פרטי המאשר:

תאריך: 10/07/2018

2 f3
2 puv



549

משטרת

— קדוּת

אמר:

שבת .

תחילת

— 277'5

7. 144

הנדון: דוח פעולה / זכ"ד / תפיסה וסימון *

הנחיה
- ביחד עם

ביתך עם

- בשעה -

—: בתאריך:

במקום

[illegible]

חתימת פועל הדוח

” בדרך ארץ וכלכלה ופחיתות.

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מרחב ירקון 833

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 02/07/2018
אירוע: 2953

מספר טופס: 12156412

פרטים אישיים של המטופל

ת.ז: 203764635

שם משפחה: כלאס

שם פרטי: ג'ורג'

מין: זכר

תאריך לידה: 09/07/1992

גיל: 25.1

כתובת: חיפה, אל גזאל, 16

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: מכבי

גיד: 0527288988

כתובת האירוע כפי שנמסר: ביומן מוקד: הרצליה, מעפילי מרחק

תלונה עיקרית

תלונה: חבלה קלה, חבלת פנים

אנמנזה

בן 25, ללא מחלות רקע, בלתי נשען, יושב בניידת משטרה בהכרה מלאה. לדבריו, בעת שסימן לרוכב אופסע שטח לעצור, הרוכב לא עצר ודרס את השוטרים. נראה פצע מדמם בסנטר, הפצע חוטא ונחבש. בבדיקה - ללא סימני מצוקה נשימתית, מצב המודינמי תקין, עור תקין, ללא חסכים נזרחלוגים, כאב בפלג גופו הימני. הועבר להמשך בירור וטיפול במיון מאיר.

היסטוריה רפואית

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

תרופות: ללא

רגישויות

לא ידוע על רגישויות

טראומה

ראש: דימום קל

נתוני בדיקות

6

JUL 2, 2018 21:18

MADA FROM ADMINISTRATOR

TO

RECEIVED 02/07/2018 21:10
PAGE 2 / 2

דף מספר 2
12156412

נתיב אוויר	פתח
הקאות	ללא בחילות
נשימות	קשם
קצב נשימה	16
דופק	סדר
לחץ דם	130/70
הכרה	מלאה A
טיפול שניוני	חבישה/קריבה

הערות

במהלך הפינוי לבית החולים לא נצפו שינויים חריגים במצב המטופל
פונה ללא גלגולים
לאופנוע שהיה מעורב באירוע אין מספר רישוי

פרטים נוספים

מצב בהגעה לאירוע: משביע רצון
מצב בתחילת הפינוי: משביע רצון
מצב הגעה לבית חולים: משביע רצון
המבקש: משטרה
הנסייעים: משטרה
מקום הנפגע: ברשות הרבים
קוד מבצעי: 833

מידע בסיום אירוע

יעד: בית חולים
שם בית החולים: מאיר-כפר-סבא
נמסר ל: מלר"ד כירורגי
איש צוות מקבל ביעד הפינוי: דועא
עזרת רופא שניתנה: ללא
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
לחץ דם: כן
דופק ספונטני: סדיר

זמנים

קבלה 20:19 : יציאה 20:20 : הגעה 20:38 : מפנה 20:58 : ביעד 21:09 :

אנשי צוות

שם הנהג: סולטאן חטיב חתימה:

7

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מיון כירורגי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

שם משפחה:	שם פרטי:	סוג דם:	תאריך לידה:	ת. זהות:	שם האב:
09/07/1992	20376453	מאיר	כלאסי	ג'ורג'	ג'ורג'

מועד הבקשה: 02/07/2018 22:34
מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי
הגדרת הבעיה: חבלת ירך
השאלה ליועץ: לבדיקתכם, צולם

נרשם ע"י דר' גרשט מעם מ.ר. 117749
בן 25
לדבריו במהלך תפקידו כשוטר סיוור היה מעורב בתאונת אופנוע בתור הולך רגל
מצוין כאבים בירך ימין
בבדיקה:
מתהלך על רגליו
אגן ומפרקי ירך ימין טווח תנועה שמזור ללא חסר NV ללא עדות לדפורמציה ללא עדות לסימני
חבלה

צילום ירך ימין ללא ממצא גרמי

המלצות
הפעלה לפי רמת כאב. משככי כאבים לפי הצורך
קומפרסים קרים 3 פעמים ביום.
מעקב אורטופד בקופת חולים עוד 10 ימים.
בעת החמרה יש לשוב למיון.

חתימה:

בדיקות עזר

צילום ירך ימין 02/07/2018

מכתב נחתם ע"י: דר' נאטור פארוק מ.ר. 131928
סיכום

תאונת דרכים, מגנגון מינימאלי, חבלת ירך, חתך בסנטר, ללא פגיעה משמעותית, חוסן לטטנוס, החתך הודבק, נבדק ע"י האורתופד:
ללא ממצא גרמי חריף

המלצות

המלצה: סנטר
לא להרטיב את אזור החתך ב 48 שעות הקרובות.
לאחר מכן שטיפה יומית עם סבון ומים זורמים
להימנע מכניסה לים או בריכה בשבועיים הקרובים
להימנע מחשיפת המקום לשמש בחצי שנה הקרובה
ירך:
הפעלה לפי רמת כאב. משככי כאבים לפי הצורך
קומפרסים קרים 3 פעמים ביום.
מעקב אורטופד בקופת חולים עוד 10 ימים.
בעת החמרה יש לשוב למיון.
חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא בכיר/מורשה שחרור

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
----------	-------	-----------

29/07/2018

תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0015593767



018898

העונק טופס
29/07/2018

103024900

קוד הפניה:

ד"ר הד סורין

שם:

מומחה כירורגיה אורתופדית

תחום שירות:

ורדיה 12 חיפה

כתובת:

04-8241397

טלפון:

04-8241397

פקס:

פרטי הנבדק

שם משפחה: כלאסני	שם פרטי: ג'ורג'	ת.ז.: 203764535
ת.לידה: 09/07/1992	מין: ז	טלפון: 048530338
כתובת: אל גזאלי 16, חיפה	טל.עבודה/נייד: 0527288988	מיקוד: 3505110



0203764535

הפניה למכון דימות

M.R.I. סוג:

תלונות:

נפגע בזמן עבודתו כשטר מאופנוע באזור ברך וירך ימין
נבדק במיון- אין מסמכים כאן
הרגיש תזוזה לא תקינה בברך הימנית

ממצאים:

נפיחות עם תפליט בכמות בינונית
ADT חיובי, סימנים מניסקלים חיוביים לצד מדיאלי ולטרלי של הברך ימנית

אבחנה:

• CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG

מעשלת: כן

קוצב לב: לא ידוע

קוד מב"ר	בדיקה דרושה
73721	גף תחתון - ברך (ימין)

* ביצוע הבדיקה בכפוף להמלצת מרכז יעוץ ארצי לדימות, לתשומת הלב - הבדיקה המומלצת לביצוע תפורט בהתחייבות.

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

קרע של ACL, פגיעה מניסקלית

בעיות נוספות

פירוט	כן	לא ידוע	בעיה
קלסטרופוביה	☐	☒	
שתלים מתכתיים אחרים	☐	☒	

28/05/2015 מתאריך:

CREATININE: 0.7

28/05/2015 מתאריך:

eGFR: גדול מ-1.73ml/min/1.73m²
ערך רצוי מעל 60.

רגישויות:

לא ידוע

בירור קודם רלוונטי:

מטופל נשלח לביצוע בדיקת Creatinine

תאריך: 29/07/2018 שם הרופא: ד"ר הד סורין

ד"ר סורין רואי הד
אורחופד מומחה
מ.ר. 21320-18898

29/07/2018

תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0015593767



018898

שם: ד"ר הד סורין

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: ורדיה 12 חיפה

טלפון: 04-8241397

פקס: 04-8241397

קוד הפניה: 103025749

פרטי הנבדק

ת.ז.: 203764535

שם פרטי: ג'ורג'

שם משפחה: כלאסני

טל.עבודה/נייד: 0527288988

טלפון: 048530338

09/07/1992

ת.לידה:

מיקוד 3505110

אל גזאלי 16, חיפה

כתובת:



0203764535

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לדבריו בהתחלת חודש 7/2018 נפגע בזמן עבודתו כשומר מאופנוע באזור ברך וירך ימין

נבדק במיון- אין מסמכים כאן

הרגיש תזוזה לא תקינה בברך הימנית

ממצאים: נפיחות עם תפליט בכמות בינונית

ADT חיובי, סימנים מניסקלים חיובים לצד מדיאלי של הברך ימנית

* CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG

אבחנה:

רגישויות: לא ידוע

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: חיזוק שרירי הירך ימין

TAPING - ברך קדמי צדדי- לפני החלטה לגבי ניתוח

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 29/07/2018 עד תאריך - 27/10/2018

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

29/07/2018

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.

הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.

במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר סורין
אורחמל
21320
חתימה וחותמת
18.06.2018

65
39
19
3

10

גיל: 26

שם רופא/ה: ד"ר חד סורין

התמחות: אורתופדיה

00090925915

מספר ביקור:

תלונות: לדבריו בהתחלת חודש 7/2018 נפגע בזמן עבודתו כשומר מאופנוע באזור ברך וירך ימין
נבדק במיון- אין מסמכים כאן
הרגיש תזוזה לא תקינה בברך הימנית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: נפיחות עם תפליט בכמות בינונית
ADT חיובי, סימנים מניסקלים חיובים לצד מדיאלי של הברך ימנית

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG

קוד	בדיקות/הפניות
99939	מרכז ארצי ליעוץ - M.R.I
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
CON98	התייעצות מומחה - אורתופד - ברכיים
CON92	מכון פיזיותרפיה

הדרכה שניתנה לחולה/למשפחתו: תפקיד משרדי בלבד עד תום הבירור והחלטה לגבי המשך טיפול
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0556600 !

ד"ר סורין חואי חד
אורתופד מומחה
מ.ר. 18898 מ.ר.ת. 21320

מ.ר גורם מפנה



018898

שם: ד"ר הד סורין

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כחובת: ורדיה 12 חיפה

טלפון: 04-8241397

פקס: 04-8241397

קוד הפניה: 103025299

פרטי הנבדק

שם משפחה: כלאסני	שם פרטי: ג'ורג'	ת.ז.: 203764535
ת.ל.ידה: 09/07/1992	מין: ז	טלפון: 048530338
כתובת: אל גזאלי 16, חיפה	מיקוד: 3505110	טל.עבודה/נייד: 0527288988



0203764535

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופד - ברכיים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: נפגע בזמן עבודתו כשוטר מאופנוע באזור ברך וירך ימין

נבדק במיון- אין מסמכים כאן

הרגיש תזוזה לא תקינה בברך הימנית

ממצאים: נפיחות עם תפליט בכמות בינונית

ADT חיובי, סימנים מניסקלים חיוביים לצד מדיאלי של הברך ימנית

אבחנה:

• CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG

מעשנת: כן

רגישויות: לא ידוע

מטרת ההפניה: המשך טיפול(ארתרוסקופיה

29/07/2018

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

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 - 29/07/2018 עד תאריך - 25/01/2019

הד
מקומה
2020

חתימה וחותמת הרופא

12



0015593767

מ.ר. גורם מפנה



018898

העתק טופס
29/07/2018

103024900

קוד הפניה:

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר הד סורין

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: ורדיה 12 חיפה

טלפון: 04-8241397

פקס: 04-8241397

פרטי הנבדק

ת.ז.: 203764535

שם פרטי: ג'ורג'

שם משפחה: כלאסני

טל.עבודה/נייד: 0527288988

טלפון: 048530338

ת.לידה: 09/07/1992

מיקוד 3505110

אל גזאלי 16, חיפה

כתובת:



0203764535

הפניה למכון דימות

M.R.I: גולג

תלונות:

נפגע בזמן עבודתו כשוטר מאופנוע באזור ברח' וירך ימין
נבדק במיון- אין מסמכים כאן
הרגיש תזוזה לא תקינה בברך הימנית

ממצאים:

נפוחות עם תפליט בכמות בינונית
ADT חיובי, סימנים מניסקלים חיוביים לצד מדיאלי ולטרלי של הברך ימנית

אבחנה:

• CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG

מעשנת: כן

קוצב לב: לא ידוע

קוד מבר	בדיקה דרושה
73721	גף תחתון - ברך (ימין)

* ביצוע הבדיקה בכפוף להמלצת מרכז יעוץ ארצי לדימות. לתשומת הלב - הבדיקה המומלצת לביצוע תפורט בהתחייבות.

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

קרע של ACL, פגיעה מניסקלית

בעיות נוספות

פירוט	כן	לא ידוע	בעיה
	☐	☒	קלסטרופוביה
	☐	☒	שתלים מתכתיים אחרים

מתאריך: 28/05/2015

CREATININE: 0.7

מתאריך: 28/05/2015

eGFR: גדול מ-60 ml/min/1.73m²
ערך רצוי מעל 60.

רגישויות:

לא ידוע

בירור קודם רלוונטי:

מטופל נשלח לביצוע בדיקת Creatinine

תאריך: 29/07/2018 שם הרופא: ד"ר הד סורין

ד"ר סורין רואי הד
אורטופד מומחה
מ.ר. 21320 18898

מ.ר גורם מפנה



011750

106583660

קוד הפניה:

שם: ד"ר ניקולא עיסא
תחום שירות: רופא/ה כללי/ת
כתובת: מאיר 37, חיפה
טלפון: 04-8537187
פקס: 04-8516822

פרטי הנבדק

שם משפחה: כלאסני	שם פרטי: ג'ורג'	ת.ז.: 203764535
ת.לידה: 09/07/1992	מין: ז	טלפון: 048530338
כתובת: אל גזאלי 16, חיפה	מיקוד: 3505110	טל.עבודה/נייד: 0527288988



0203764535

התייעצות מומחה

במכבי -

אורתופד - ברכיים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: נחבל בהיותו בעבודה, במהלך תפקודו כשוטר ביום 02/07/18 מאופנוע שדרס אותו בניסיון בריחה. נבדק באותו יום במיון ב"ח מאיר בכפר סבא בשל כאבים בירך ובבורך ימין, חתך בסנתר. צילומי ירך ימין ללא ממצא גרמי פתולוגי. החתך בסנתר חוטא ונתפר, קיבל זריקת טטנוס. שוחרר לביעתו עם המלצות על קומפרסים קרים, משככי כאבים לפי הצורך מעקב אורטופדי. נבדק ע"י אורטופד כעבור חודש ימים - ד"ר הד סורין, אשר הפנה לטיפול פיסיותרפי ולבדיקת MRI ברך ימין [עקב תלונות על קליקים התיך הברך].

תשובה MRI ברך ימין מיום 22/09/18 - 1- קרע מורכב במניסקוס הלטרלי כולל קרע מסוג ידיית דלי, קרע רדיאלי פנימי בגוף האמצעי, קרע אנכי אורכי בקרן האחורית ובגוף האחורי של המניסקוס הלטרלי. 2- קרע אנכי אורכי בקרן האחורית ובגוף האחורי של המניסקוס המדיאלי. 3- קרע מלא בשליש הפרוקסימלי של הרצועה הצולבת הקדמית. 4- חזל ככמות קטנה במיפיק הברך.

לחץ דם: 120 / 70

ממצאים: מצב כללי טוב, דופק סדיר, לב וריאות במפ, בטן רכה לא רגישה למישוש, טחול וכבד לא נמושו. נפיחות קלה באספקט קדמי לטרלי עליון של ברך ימין, אין הגבלה בתנועות הברך.

אבחנה:

• CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG Right

מעשנת: לא

רגישויות: לא ידוע.

מטרת ההפניה: ד"ר נכבד. תודה על קבלת הבחור ליעוץ - הערכת מצב - טיפול ומעקב.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

24/09/2018

חתימה וחולמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליעוץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/09/2018 עד תאריך - 23/03/2019

ד"ר ניקולא עיסא
רשמו מס' 011750
טל. 04-8537187

גיל: 26.2 מספר ביקור: 00094312180

תחום הטיפול: משפחה

שם רופא/ה: ד"ר ניקולא עיסא

סיבת הפניה:

נחבל בהיותו בעבודה, במהלך תפקודו כשוטר ביום 02/07/18 מאופנוע שדרס אותו בניסיון בריחה. נבדק -אותו יום במיון ב"ח מאיר בכפר סבא בשל כאבים בירך ובברך ימין, חתך בסנתר. צילומי ירך ימין ללא ממצא גרמי פתולוגי. החתך בסנתר חוטא ונתפר, קיבל זריקת טטנוס. שוחרר לביעתו עם המלצות על קומפרסים קרים, משככי כאבים לפי הצורך מעקב אורטופדי.

נבדק ע"י אורטופד כעבור חודש ימים - ד"ר הד סורין, אשר הפנה לטיפול פיסיותרפי ולבדיקת MRI ברך ימין [עקב תלונות על קליקים בתוך הברך].
תשובת MRI ברך ימין מיום 22/09/18 - 1- קרע מורכב במניסקוס הלטרלי כולל קרע מסוג ידית דלי, קרע רדיאלי פנימי בגוף האמצעי, קרע אנכי אורכי בקרן האחורית ובגוף האחורי של המניסקוס הלטרלי. 2- קרע אנכי אורכי בקרן האחורית ובגוף האחורי של המניסקוס המדיאלי. 3- קרע מלא בשליש הפרוקסימלי של הרצועה הצולבת הקדמית. 4- נזל בכמות קטנה במיפרק הברך.

02/07/2018

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאי הבדיקה: מצב כללי טוב, דופק סדיר, לב וריאות במפ, בטן רכה לא רגישה למישוש, טחול וכבד לא ממוצאי הבדיקה: נפוחות קלה באספקט קדמי לטרלי עליון של ברך ימין, אין הגבלה בתנועות הברך. נמושו.

לחץ דם 120 / 70

דופק 80 סדירות: סדיר

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG	Rt		

קוד	בדיקות/הפניות
CON98	התייעצות מומחה - אורטופד - ברכיים

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1101300

ד"ר ניקולא עיסא
רשום מס' 21750
רח' הודאדי 9, חיפה
טל. 04-8537187

15

גיל: 26.2

שם רופא/ה: ד"ר כרכבי סוהיל

תחום הטיפול: אורתופדיה

64233

מספר ביקור:

תלונות: היה מעורב בתאונת אופנוע, 2.7.18 עם חבלה לברך ימין, סבל מכאבים ומנפיחות בברך
טופל באופן שמרני
היום ללא כאבים וללא מוגבלות

02/07/2018

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

ממצאים: תנועות ללא הגבלה של ברך ימין
ללא כאבים במישוש מעל סדק מפרק הברך
מבחן ADS חיובי
בבדיקת MRI קרע של המניסקוס הפנימי, החיצוני וקרע של ACL.
בינתיים ללא כאבים וללא מוגבלות תפקודית
ממליץ המשך טיפול שמרני, פיזיותרפיה ומעקב

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT			
MENISCUS MEDIAL TEAR UNS			
MENISCUS LATERAL TEAR UNS			

קוד	בדיקות/הפניות	מכון פיזיותרפיה
CON92		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0705300

02/10/2018 תאריך הדפסה:

מ.ר. גורם מפנה



0053758470



016396

קוד הפניה: 106856726

מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר כרכבי סוהיל
 תחום שירות: רופא אורתופד
 כתובת: שפרעם
 טלפון: 04-9868334
 פקס: 04-9869995

פרטי הנדק

שם משפחה: כלאסני	שם פרטי: ג'ורג'	ת.ז.: 203764535
ת.לידה: 09/07/1992	מין: ז	טלפון: 048530338
כתובת: אל גזאלי 16, חיפה	טל.עבודה/נייד: 0527288988	מיקוד: 3505110

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: היה מעורב בתאונת אופנוע, 2.7.18 עם חבלה לברך ימין, סבל מכאבים ומנפחות בברך
 טופל באופן שמרני
 היום ללא כאבים וללא מוגבלות

מצאים: תנועות ללא הגבלה של ברך ימין
 ללא כאבים במישוש מעל סדק מפרק הברך
 מבחן ADS חיובי
 בבדיקת MRI קרע של המניסקוס הפנימי, החיצוני וקרע של ACL.
 בינתיים ללא כאבים וללא מוגבלות תפקודית
 ממליץ המשך טיפול שמרני, פיזיותרפיה ומעקב

אבחנה:

- CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT
- MENISCUS MEDIAL TEAR UNS
- MENISCUS LATERAL TEAR UNS

רגישויות: לא ידוע

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לחיזוק שרירי ברך ימין

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 02/10/2018 עד תאריך - 31/12/2018

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

02/10/2018

תאריך

מיומנה בכירורגיה ג'ורג' כרכבי
 מ.ר. 016396
 חתימה ותחתמת
 חתימה תפקידית

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

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 13/08/2020 17:16
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	13/08 17:08
FAX NO./NAME	7111667
DURATION	00:08:53
PAGE(S)	21
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

9.8.20

לכבוד

הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית
 מחלקת תביעות חובה

באמצעות דוא"ל: tviot@karnit.co.il

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 2.7.18

הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237

הנפגע: ג'ורג' כלאסני, ת.ז. 203764535

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 2.7.18 בשעה 20:00, או בסמוך לכך, בדרך כורכר בסמוך לרחובות הר שומרון וזיסו בהרצליה, היה מרשי, שוטר במשטרת ישראל, בסיור שגרתי. במהלכו, פנו מרשי ושותפו לסיור, השוטר דורי סנדלר להתפנות, או אז שמעו קול של אופנוע המגיע מכיוון מערב. הם פנו לכיוון ממנו הגיע האופנוע ומרשי נפגע מהאופנוע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, דו"ח על פציעה ודו"ח פטולה מסומנים "1" - "4"



ישיבה

משפחה

יחידות - ע"ל

תאריך: 10.11.2007 עמ' 22

סינוס $\frac{1}{2}$ 326

אל: ק. נ. ח. 3

٢٥٣

הגדון: דוח פעולה / זכ"ד / תפיסה וסימון *

בראשית: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839.



חתימת כותב ההודעה

מחזק את הכלה' מוטעים.

01 029 5000X50

1955-56



1/27 473 2/18-3

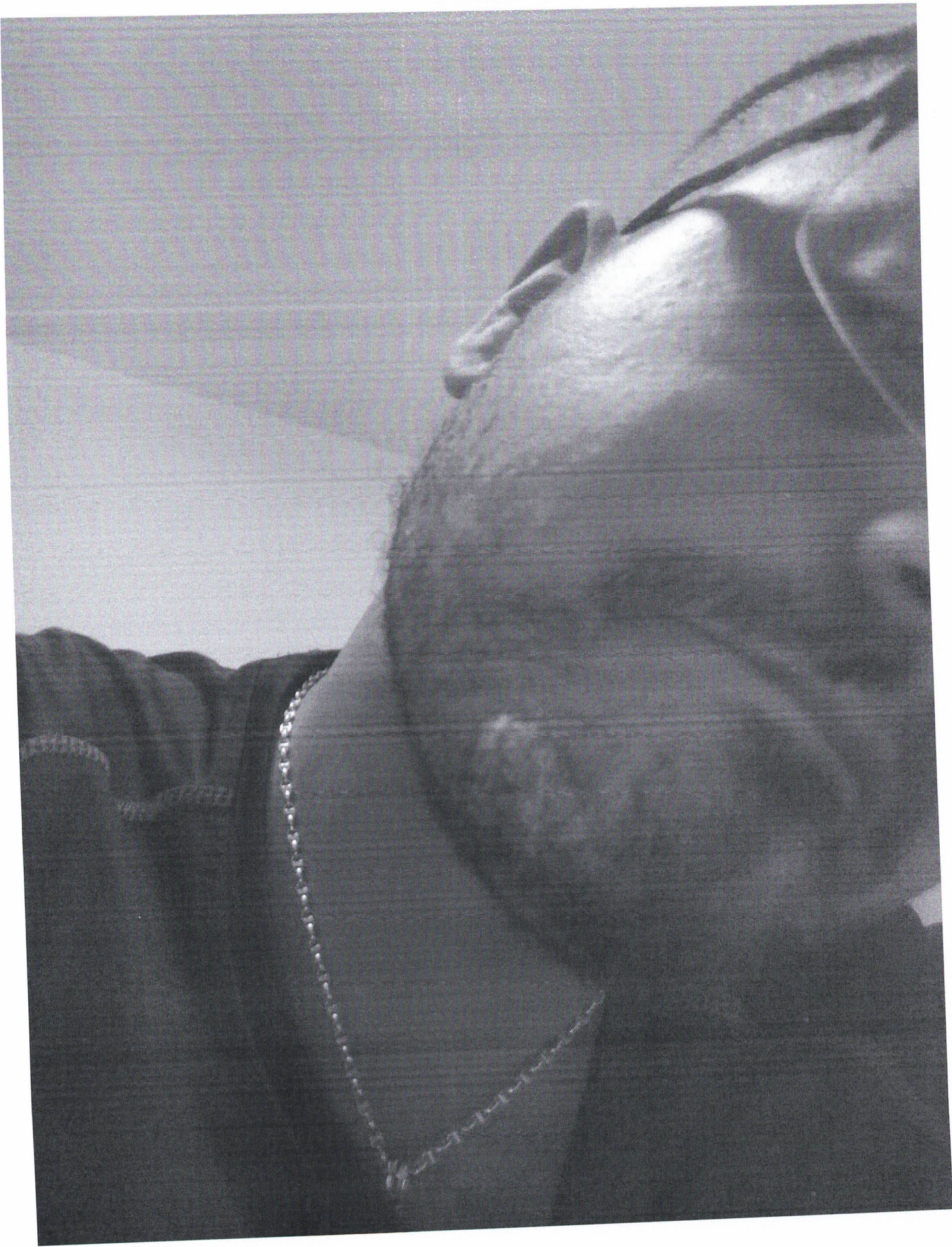












הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:
 - א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 - ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול).
5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול).
6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:
 - א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ 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 _____
חתימה

אישור

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

_____ חתימת עורך הדין

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 18 בחודש 12 שנה 2018

בין : גורג סלסני 203764535 (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום 02/07/18 ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:
 - 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 - 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
- שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
- שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
- במידה והחיק יסתיים בעקבות מכחב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של 500 ₪ על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א.
- במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג.
- שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן:

1. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
2. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
3. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
4. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
5. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
6. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר ועניין.
7. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעכר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

הישאם קבלא, עו"ד
ח-7 698467
עו"ד

X
הלקוח

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	שם האב
171	203764535	2072	203764535	171
0527288988	מיקוד	ח.פ.ד.	16	מס'
טלפון	מיקוד	עיר	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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח:

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
 במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפיו כח
 הרני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל
 18/12/2018
 תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
 אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)
 שם משפחה כהן שם פרטי גורן תעודת זהות 203764538 שם האב מרון
 רחוב אל טאל מס' 16 עיר חיפה טלפון 0527288988

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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 - _____ ("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 חביעה 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל


חתימה

18/12/2018
שם פרטי ושם משפחה

תאריך

ייפוי כח

אני הח"מ, _____, מרחוב _____, מס' _____, מונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מכלי _____ 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 חביעה או חביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, חובענה 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 18 לחודש 12 שנה 2018

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

הישאם קבלאן, עו"ד
מ.ר. 69846

עורך-דין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ג'ורג' סלאס, מס' 203764535, מרחוב אל גלילי 16 חיפה,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא 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, חובענה 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 התתום

7

היום 18 לחודש 12 שנה 2018

X חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

הישאם קבלאן, עו"ד
המסד 69846
מ.ר. עורך 69846

תקנות פיצויים למגזר תאונות דרכים (מימחים), התשמ"ו - 1986

תצהיר

טופס 2

(חכנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ התיבע בחיק _____ בבית _____
(ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה
צפוי/ה לעונשים הקבועים בחיק 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:
_____	_____	_____

 חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____, מרחוב יגאל אלון 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום _____
הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס'
_____ ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי לא יעשה/ תעשה כן
יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

הישאם קבלאן עוי"ק
מ.ר 69846
חתימת עורך הדין