

התובע:

**חיים לוי, ת"ז 032053167**

מרחוב ש"י עגנון 58, בת ים

טל': 052-3512191

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)

ו/או ניר רשף ו/או יגאל רסקין

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

- נ ג ד -

הנתבע:

**אברהם ראובן לייבוביץ, ת"ז 001568674**

מרחוב ז'בוטינסקי 13, כניסה א', בת ים

מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף – תקיפה/רשלנות

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

בית המשפט:

726 ש"ח (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

תיקים קשורים:

לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.

## כתב תביעה

### הזמנה לדין

הואיל והתובע הגיש כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתה מוזמן להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגיש כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018 תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

**א. תיאור תמציתי של בעלי הדין:**

1. התובע, יליד 3.4.1975 מתגורר בבת ים, בין היתר, אצל הוריו המתגוררים ברחוב ש"י עגנון 58 בבת ים.

2. הנתבע, התגורר ברחוב ש"י עגנון 58, בבת ים בשכנות להורי התובע.

**ב. הסעד המבוקש:**

3. התובע, עוסק בתחום הדייג ופיתוח פתרונות לדגי מאכל, ניזוק כתוצאה מתקיפה אשר בוצעה כלפיו ע"י הנתבע, הוא נזקק לטיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.

4. מחמת התקיפה נותרה לתובע נכות אשר משפיעה על ביצוע עבודתו, ונגרמו לו הפסדי שכר.

5. מחמת התקיפה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

**6. להלן פירוט נזקי התובע:**

**א. נזק מיוחד:**

|           |                                               |
|-----------|-----------------------------------------------|
| ₪ 150,000 | (1) הפסדי השתכרות בעבר-                       |
| ₪ 35,000  | (2) עזרת הזולת בעבר –                         |
| ₪ 20,000  | (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות–             |
| ₪ 18,350  | (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 השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה-רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות.

(5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובע.

ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:

7. בתאריך 11.11.17 עת יצא התובע מבית הוריו לכיוון המעלית הלאס בו הנתבע ותפס אותו בתנועת חניקה תוך שהוא מכופף את גופו ומפעיל לחץ על כתפו והתובע התקפל בו בזמן שהנתבע מפעיל עליו כח והתובע נפל נחבל בגופו (להלן: "התקיפה").
8. לאחר התקיפה טופל התובע בבית החולים וולפסון, בחולון, שם אובחנו חבלות בחזה, ברגל, בברך ובכתף משמאל ובדיקת הדמיה הדגימה שבר בעצם ההומרוס הפרוקסימלי. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו כשידו נתונה במתלה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע טופל במסגרת קופת החולים, הופנה להמשך טיפול אורתופדי, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, נטילת משככי כאבים ומנוחה ממושכת.
10. בדיקת אולטראסאונד הדגימה קרע של הפקטורליס בחלק הטרלי ושריר GT. בדיקת MRI אשר בוצעה למרשי ביום 23.1.18 וכוונה לכתפו השמאלית אישרה ממצאים אלו והדגימה קרע זעיר בגיד הסופרא-ספינאטוס.  
רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 1".
11. ד"ר תומר קראבל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובע קבע את נכותו כדלקמן:  
א. נכות בגובה 15% לפי סעיף ליקוי 41(4)ב בגין שבר והגבלה בתנועות כתף שמאל.  
ב. נכות בגובה 10% לפי סעיף ליקוי 42(ב)1 בגין קרע בגיד פקטורליס מגור שמאל.  
רצ"ב חוות דעת ד"ר קראבל, מסומנת "כנספח 2".
12. התובע יטען כי התקיפה אירעה עקב התרשלותו ו/או הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבע אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:  
א. תקף את התובע ופגע בגופו במתכוון.  
ב. הפעיל כנגד גופו של התובע כח בכוונה על מנת לגרום לו נזק.  
ג. הפעיל כנגד התובע כח בצורה שאינה מידתית.  
ד. פגע בזכויותיו של התובע ופגע בכבודו.

ה. פגע בביטחונו ובשלמות גופו של התובע.

ו. הפר חובות החקוקות בסעיפים 378 – 381 לחוק העונשין, תשל"ז – 1977.

13. מאז התקיפה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות כתף וזרוע שמאל, מקשיים בהרמה, וביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמת משאות, מקושי בביצוע פעולות, והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובע דייג ועוסק בפיתוח וייצור פתיונות דייג. מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה מתקשה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.

15. לאחר התאונה היה התובע מוגבל בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו ונזקק לעזרת הזולת.

16. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות.

#### ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

17. הנתבע חייב לפצות את התובע בגין אחריותו כמפורט לעיל.

18. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

19. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום מגוריו של הנתבע

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבע לדין ולחייבו, 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: תעודות רפואיות - נספח 1 (עמודים 7 עד 28) | 7    |
| נספח 2: חווד קרבאל - נספח 2 (עמודים 30 עד 33)    | 30   |
| נספח 3: יפוי כח ווס"ר עמודים 53 עד               | 35   |

נספח 1 :

## תעודות רפואיות - נספח 1

(עמודים 7 עד 28)

## רגישויות לתרופות

8/8, rad

☒ זיהוי ידון

מיטה

6

שעה

26, 30

סיבת הפניה מחלות רקע ותרופות

2/25

5193

3.1

הובא ע"י מצב הכרה נשימה מצב עור מצב רגשי ויידות שימוש בעזרים סיכון לנפילה

| הובא עיני                           | מצב הנהיגה                         | נשימה                               | מצב קו                                   | מצב יד                          | מצב רגל                        | מצב ראיה                                 | מצב תחושה                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> מד"א/נט"ן  | <input type="checkbox"/> מלאה      | <input type="checkbox"/> עצמונית    | <input type="checkbox"/> תקין            | <input type="checkbox"/> תקין   | <input type="checkbox"/> עצמאי | <input type="checkbox"/> משקיף ראיה      | <input type="checkbox"/> לא                |
| <input type="checkbox"/> ללבד/משפחה | <input type="checkbox"/> מובלבלת   | <input type="checkbox"/> קוצר נשימה | <input type="checkbox"/> פצעי לחץ/יש/אין | <input type="checkbox"/> או שקט | <input type="checkbox"/> מוגבל | <input type="checkbox"/> מכשיר שמיעה     | <input type="checkbox"/> כן                |
| <input type="checkbox"/> מוסד       | <input type="checkbox"/> מעורפלת   | <input type="checkbox"/> מונשם      | <input type="checkbox"/> פריחה/בצקות     | <input type="checkbox"/> חרד    | <input type="checkbox"/> מרותק | <input type="checkbox"/> מקל/הליכון/כיסא | <input type="checkbox"/> דפנות מיטה מורמות |
| <input type="checkbox"/> מלווה      | <input type="checkbox"/> חוסר הכרה | <input type="checkbox"/> חמצן       | <input type="checkbox"/> שיפשוף/חתך      | <input type="checkbox"/> אחר*   | <input type="checkbox"/> אחר:  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> מעצורי מיטה       |

טלפון

קירבה

עם המלון

| סימנים חיוניים |        |      |      |          | אומדן כאב ע"פ: VAS ■ BPS ■ PS |                        |                                          |       |                    |
|----------------|--------|------|------|----------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------|--------------------|
| שעה            | לחץ דם | דופק | חום  | חמצורציה | DEX<br>GCS                    | אופי כאב               | מיקום<br>כאב                             | עוצמה | שלב לחוצות<br>אחרת |
| 21"            | 120/80 | 96   | 36.5 | PR<br>PO | 94                            | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין | 5     | 5                  |
|                |        |      |      | PR<br>PO |                               | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין | 5     | 5                  |
|                |        |      |      | PR<br>PO |                               | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין |       |                    |
|                |        |      |      | PR<br>PO |                               | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין |       |                    |
|                |        |      |      | PR<br>PO |                               | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין |       |                    |
|                |        |      |      | PR<br>PO |                               | R.A.<br>O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / ממוקד / מקרין |       |                    |

**בדיקת דם/ הכנסת ונפילון**

|                                         |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| ST <input type="checkbox"/>             | ד.ט. <input type="checkbox"/>       |
| ת.כבד <input type="checkbox"/>          | כימיה <input type="checkbox"/>      |
| D-DIMER <input type="checkbox"/>        | ת.קרישה <input type="checkbox"/>    |
| CPK <input type="checkbox"/>            | טרופונין <input type="checkbox"/>   |
| CRP <input type="checkbox"/>            | גזים <input type="checkbox"/>       |
| עמילאז <input type="checkbox"/>         | ליפאז <input type="checkbox"/>      |
| ר.אלכוהול <input type="checkbox"/>      | ר.טרופות <input type="checkbox"/>   |
| לקטט <input type="checkbox"/>           | ת.דם <input type="checkbox"/>       |
| ש.תן HCG <input type="checkbox"/>       | ש.תן כללי <input type="checkbox"/>  |
| חינוכי / שלילי <input type="checkbox"/> | תוצאת ש.תן <input type="checkbox"/> |

|                  |      |
|------------------|------|
| שעה              | 0600 |
| חתימה וחותמת אחת |      |

רופא בודק 21/10/10 שעה 21:00 רופא מנהל מקרה 358 שעה 21:00

[illegible]

תעודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והיא להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקה בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתיי בבית משפט.

| שעה | קטטר שתן (שאריט) | תוכן זונדה | נקז | חתימת וחותמת האחות |
|-----|------------------|------------|-----|--------------------|
|     |                  |            |     |                    |
|     |                  |            |     |                    |
|     |                  |            |     |                    |



0181

Asthma

חולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / ניירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימום: ☒ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ☐ לינוי רפואי

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

Contusion of Lt. Chest  
+ bombs

אבחנות

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

המלצות להמשך טיפול תרופות

אשפוז למחלקה: ☐ אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ לינוי רפואי

שיחרור: חופש מחלה ☒ ימים. ביקורת תפריים בעוד ☐ ימים. הוצאת תפריים בעוד ☐ ימים. בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך: ☐ שעה

תאריך: ☐ שעת אשפוז / שיחרור ☐ חתימה וחותמת הרופא

הדרכה לשחרור:

שחרור סעודי:

☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך

☐ הוצאת וונפלו

☐ מנוחה

☐ בקרת סימנים חיוניים

☐ אחר:

☐ אומדן כאב בשחרור

חתימה וחותמת האחות המשחררת

שעה:

12 01 1/2

[illegible]

1. Law - 11/12

31 במרץ

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
|  | - מנכ"ל פאבליק אפ הברוקלין           |  |
|  | - ביקור אלזבת בקופר   בעצם שלום ימין |  |

92-298771-7  
2004 AUG 11 10 46 AM  
U.S. DEPT. OF JUSTICE

תאריך 12/11/2017

**הפניה כללית - נוסח חופשי**

|                   |               |       |       |            |              |
|-------------------|---------------|-------|-------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |       |       |            |              |
| לוי חיים          | 00-03205316-7 | 42.07 | ז     | 03/04/1975 | אברהם        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל   | מין   | ת.לידה     | שם האב       |
| עגנון             | 58 / 22       |       |       | 3          | 52 - 3512191 |
| רחוב              | מס בית        | טלפון | טלפון |            | טלפון נוסף   |
| בית ים            | ישוב          |       |       |            |              |

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063783540

תז נבדק



32053167

מספר רשיון



018525

**לכבוד: ביח וולפסון**

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון | אבחנה                   |
|------|-------|-------------------------|
| 9221 |       | CONTUSION CHEST WALL    |
|      |       | and lt shoulder and arm |
|      |       | rt knee                 |
|      |       | # pro humerus           |

תלונות הנל נחבל בעת תקיפה של אדם בחזה כתף שמאל ברך ורגל ימין טופל במיון וולפסון עם ממצא של שבר בהומרוס פרוקסימלי

ממצאים בבדיקה סימני חבלה חיצונים בזרוע שמאל עם סימני שטף דם רגישות באזור ברך ימין אין חסר נוירולוגי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

CORNEAL ABRASION

מידע ישן

רגישות ו/או תופעות לוואי

no

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן לא ידוע

דף 1 מ 2

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

הפניה כללית - נוסח חופשי

12/11/2017

הודפס ע"י דר' מוזס יורם 00-03205316-7

לוי חיים

תרופות קבועות

| תרופה                       | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|-----------------------------|------|---------|-------|------|
| TRAMADEX OD 100MG TAB 100MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| ACYCLO-V 400MG TAB 400MG    | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

חתימה וחוקת הרופא

18525

מספר רשיון

דר' מוזס יורם

שם הרופא

18525  
12/11/2017  
18525

תאריך 12/11/2017

## סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |               |       |            |            |              |
|-------------------|---------------|-------|------------|------------|--------------|
| לוי חיים          | 00-03205316-7 | 42.07 | 03/04/1975 | אברהם      |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל   | ז          | ת. לידה    | שם האב       |
| עגנון             | 58 / 22       |       | 3          | 5534071    | 52 - 3512191 |
| רחוב              | מס בית        | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף | ישב          |

## שלום רב,

תאריך הביקור: 12/11/2017

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

גורם מפנה פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: הנל נחבל בעת תקיפה של אדם בחזה כתף שמאל ברך ורגל ימין טופל במיון וולפסון עם ממצא של שבר בהומרוס פרוקסימלי

בדיקה גופנית: סימני חבלה חיצוניים בזרוע שמאל עם סימני שטף דם רגישות באזור ברך ימין אין חסר נוירולוגי

| קוד  | איפיון | אבחנה                                                              |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------|
| 9221 |        | CONTUSION CHEST WALL and lt shoulder and arm rt knee # pro humerus |

| הפניות            | פרטי ההפניה              | קוד | התחייבות | סטטוס |
|-------------------|--------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לרפואה יעצת | 70017-בדיקת רופא אורתופד | H1  |          | הודפס |

## תרופות בביקור

| תאריך | קוד | הגשה | מנה | תרופה                           |
|-------|-----|------|-----|---------------------------------|
| 1     | TAB |      |     | ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                           |
|-------|------|----------|--------------|-----|---------------------------------|
|       |      |          |              |     | ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG |

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | 11  | 12/11/2017 | 21/11/2017 | הודפס |

סכום והמלצות: מנוחה ונגד כאבים

בברכה,

דף 1 מ 2

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

סיכום ביקור

12/11/2017

הודפס ע"י דר' מוזס יורם 00-03205316-7

לוי חיים

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרחוק: ת"א-יפו

תאריך 12/11/2017

**אישור מחלה**

|                   |               |       |     |            |              |
|-------------------|---------------|-------|-----|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |       |     |            |              |
| לוי חיים          | 00-03205316-7 | 42.07 | ז   | 03/04/1975 | אברהם        |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל   | מין | ת. לידה    | שם האב       |
| עגנון             | 58 / 22       |       |     | 3          | 52 - 3512191 |
| רחוב              | מס בית        |       |     | טלפון      | טלפון נוסף   |
| בת ים             |               |       |     |            |              |
| ישוב              |               |       |     |            |              |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

|        |       |        |                                               |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/11/2017 עד תאריך 21/11/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 10

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|                                                                             |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <p>18525</p> <p>מספר רשיון</p> <p>חתימה וחוקת הרופא</p> <p>02-5555563-5</p> | <p>דר' מוזס יורם</p> <p>שם הרופא</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|

12/11/2017 תאריך

**הפניה לרפואה יועצת**

|              |            |          |               |
|--------------|------------|----------|---------------|
| פרטי המטופל  |            | לוי חיים |               |
| אברהם        | 03/04/1975 | ז 42.07  | 00-03205316-7 |
| שם האב       | ת. לידה    | מין      | מס זהות       |
| 52 - 3512191 | 3          | -5534071 | 58 / 22       |
| טלפון נוסף   | טלפון      | מס בית   | עגנון         |
|              |            |          | רחוב          |
|              |            |          | בת ים         |
|              |            |          | ישוב          |

33063783539

**מספר הפניה:**



**לכבוד: אורטופד**

**שירות שנבחר**

| שירות רפואי | קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        |
|-------------|-----------|-----------|--------------------|
| 70017       | 70017     | L9249     | בדיקת רופא אורתופד |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות הגל נחבל בעת תקיפה של אדם בחזה כתף שמאל ברך ורגל ימין טופל במיון וולפסון עם ממצא של שבר בהומרוס פרוקסימלי

ממצאים בבדיקה סימני חבלה חיצוניים בזרוע שמאל עם סימני שטף דם רגישות באזור ברך ימין אין חסר ניירולוגי

**אבחנה משוערת**

| אבחנה                                                              | קוד  | איפיון |
|--------------------------------------------------------------------|------|--------|
| CONTUSION CHEST WALL and lt shoulder and arm rt knee # pro humerus | 9221 |        |

**בעיות פעילות**

CORNEAL ABRASION

**מידע ישן**

no

**רגישות לתרופות - מידע ישן**

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2

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

הפניה לרפואה יועצת

12/11/2017

הודפס ע"י דר' מוזס יורם 00-03205316-7

לוי חיים

תרופות קבועות

| תרופות                      | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|-----------------------------|------|---------|-------|------|
| TRAMADEX OD 100MG TAB 100MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| ACYCLO-V 400MG TAB 400MG    | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

דר' מוזס יורם

18525

מספר רשיון

שם הרופא

חותמת הרופא

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

2 ר.ה.0

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

הפניה לרפואה יועצת

12/11/2017

הודפס ע"י דר' מוזס יורם 00-03205316-7

לוי חיים

|                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ע"מ 10217</b> - <b>מכונת רישום לרכישת דרכון בישראל</b><br><b>מכונת רישום דרכון - רישום מלא</b><br><b>REG. REG.</b> |                                                                                                  |                                                                                                              |
| <b>קד"מ - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b>               | <b>חולצה</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b> | <b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b><br><b>מס' רישום - 10217</b> |

תאריך

ביקור: 05/12/2017

שם משפחה: לוי  
 שם פרטי: חיים  
 מספר זהות: 032053167  
 רופא מפנה: מוחמד טרחן  
 ת. לידה: 03/04/1975 מין: ז'  
 עיר/יישוב: תיק מס': 1538538  
 מקלידה: מגן 12:43  
 גורם מבטח: ש. בריאות כללית  
 ר. רופא מפנה: 107781

### בדיקת US רקמות רכות של בית החזה משמאל

בסריקה באזור החלק הלטרלי תחתון של שריר הפרקטורליס מודגם קרע ברוחב 3.5\*5.0 ס"מ.

טכנאי מבצע: מיכאל קודיגוב.

רופא/ה בחק/ת: ד"ר גוטליב פאול  
 מומחה ברדיולוגיה אבחנותית  
 רישיון רופא בודק: 18542  
 רישיון מומחה: 11688

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



X2

ד"ר גלעד ליבשיץ  
אורטופד  
125448  
ניסובאום 33 בת ימון  
03-5556555

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
רתובת  
טלפון  
פקס

מרחוק:בת-ימון מחוז:ת"א

07/12/2017 תאריך

### הפניה כללית - נוסח חופשי

|                   |             |          |               |
|-------------------|-------------|----------|---------------|
| פרטי המטופל       |             | לוי חיים |               |
| אברהם             | 03/04/1975  | ז 42.08  | 00-03205316-7 |
| שם האב            | ת. לידה     | מין      | גיל           |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות     | עגמן     | בית ים        |
| 52 - 3512191      | 3 - 5534071 | 58 / 22  | ישוב          |
| טלפון נוסף        | טלפון       | מס בית   | רחוב          |

גורם שולח  
3063

מספר הפניה  
033063790566

תז נבדק  
32053167

מספר רשיון  
125448

### לכבוד: MRI כתף שמאל - בשאלה של קרע בפקטורליס מג'ור שמאל

#### אבחנה משוערת

| קוד | אפיון | אבחנה                |
|-----|-------|----------------------|
| 923 |       | CONTUSION UPPER LIMB |

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/11/2017  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/11/2017  
הותקף לפני 5 ימים בכתף שמאל אובחן שבר המרוס פרוקסמלי, טופל במתלה  
ללא חסר NV פרפרי יד שמאל  
22/11/2017  
אובחן שבר בהומרוס פרוקסימאלי יד שמאל, ונאבים בירך ימין.  
07/12/2017  
US הדגים קרע של הפקטורליס בחלק לסלרי תחתון ברוחב 3.5 - 5 ס"מ  
+ בצילום כתף שמאל נצפה שבר ב GT ללא תזוזה.  
ללא נפיחות, ציר תקין, רגישות ע"פ GT, טווחים מוגבלים, נמוש שקע קל  
במעבר שריר גיד של הפקטורליס, ללא המטומה, שטפי דם.  
ללא חסר NV

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/11/2017  
ההפניות שהופקו ב 15/11/2017  
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי  
22/11/2017  
ההפניות שהופקו ב 22/11/2017  
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי  
07/12/2017

דיון/תוכנית טיפולית

#### היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

CORNEAL ABRASION

מידע ישן

דף 1 מ 2

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

הפניה כללית - נוסח חופשי

07/12/2017

הודפס ע"י ד"ר גלעד ליבשיץ 00-03205316-7

לוי חיים



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה:בת-ימון

אברהם קרצנוס  
רופא כירורגיה  
98593  
ניסנבאום 33 בת ימון  
03-5556555

מחוז:ת"א

05/12/2017 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל \_\_\_\_\_  
 לוי חיים \_\_\_\_\_  
 שם משפחה ושם פרטי \_\_\_\_\_  
 מס זהות 00-03205316-7 \_\_\_\_\_  
 גיל 42.08 \_\_\_\_\_  
 ז' מין \_\_\_\_\_  
 ת.ל.ידה 03/04/1975 \_\_\_\_\_  
 אברהם \_\_\_\_\_  
 שם האב \_\_\_\_\_  
 52 - 3512191 \_\_\_\_\_  
 טלפון נוסף \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 5534071 \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_  
 58 / 22 \_\_\_\_\_  
 מס בית \_\_\_\_\_  
 עגבון \_\_\_\_\_  
 רחוב \_\_\_\_\_  
 בת ים \_\_\_\_\_  
 ישוב \_\_\_\_\_

**שלום רב,**

תאריך הביקור: 05/12/2017

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

**מהות הביקור:** רגיל

**גורלם מפנה** פניה עצמית

תלומת/סיבת הפניה: 11-11-17 קיבל כמה מכות מבן אדם ובפל והיתה בבית חולים וולפטון כי היה שבר Proxymal Humerus  
היום בא כי מרגיש כאבים וגם נפיחות באיזור לגיד פקטורל בצד שמאל

בדיקה גופנית: בבדיקה יש נפחות עם סמים באזור לגיד פקטורל בצד שמאל שנראה פגיע בגיד

|      |           |                                                           |
|------|-----------|-----------------------------------------------------------|
| קוד  | א.י.פ.י.ן | אבחנה                                                     |
| 9221 | LT        | CONTUSION CHEST WALL<br>LT. PECTORAL TENDON MUSCULAR TEAR |

|              |        |               |             |     |          |       |
|--------------|--------|---------------|-------------|-----|----------|-------|
| הפניה לדימות | הפניות | US o.s. 78003 | פרטי ההפניה | קוד | התחייבות | סטטוס |
|              |        |               | רקמות רכות  | H3  |          | הודפס |

## סכום והמלצות:

**בברכה,**

98593

אברהם קרצנוס

שם הרופא

מס' רשיון

### חתימה וחותמת היזם

דף 1 מ 1

05/12/2017

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

הודפס ע"י אברהם קרצנוס 00-03205316-7

## סיכום ביקור

**לוי חיים**



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

גיל: 42.08 מין: ז

לוי חיים

מס' זהות: 00-03205316-7

000072231

ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37

טבלת 1 x 2 ביום

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח

תוקף מרשם: 08/03/2018 - 07/12/2017



מס' רישיון

125448

מס' רישיון: 125448  
 מס' מרשם: 000072231  
 מס' זהות: 00-03205316-7  
 מס' תעודת זהות: 00-03205316-7

טלפון: 03-5556555  
 כתובת: ניסבאום 33 בת ימון

חתימה וחוקת הרפא:

שם הרופא: ד"ר גלעד ליבשיץ  
 תחום: אורטופד

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הרשויות  
 לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי  
 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

תאריך הדפסה: 07/12/2017

דף 1



ד"ר גלעד ליבשיץ  
אורטופד  
125448  
ניסבאום 33 בת ימון  
03-5558555

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה:בת-ימון

מחוז:ת"א

תאריך 07/12/2017

## אישור מחלה

פרטי המטופל

|          |                   |         |               |       |         |   |            |              |       |        |
|----------|-------------------|---------|---------------|-------|---------|---|------------|--------------|-------|--------|
| לוי חיים | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | 00-03205316-7 | גיל   | 42.08   | ז | ת. לידה    | 03/04/1975   | אברהם | שם האב |
| בת ים    | עגנון             | מס בית  | 58 / 22       | טלפון | 5534071 | 3 | טלפון נוסף | 52 - 3512191 | רחוב  | ישוב   |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

|        |     |       |        |       |                                               |
|--------|-----|-------|--------|-------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד | 79989 | איפיון | אבחנה | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |
|--------|-----|-------|--------|-------|-----------------------------------------------|

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/12/2017 עד תאריך 01/01/2018 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 32

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|                 |          |        |            |                    |
|-----------------|----------|--------|------------|--------------------|
| ד"ר גלעד ליבשיץ | שם הרופא | 125448 | מספר רשיון | חתומה וחתומה הרופא |
|-----------------|----------|--------|------------|--------------------|

אישור מחלה

לוי חיים

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

דף 1 מ 1

07/12/2017

הודפס ע"י ד"ר גלעד ליבשיץ

00-03205316-7

רגישות ו/או תופעות לוואי

no

מידע ישן

רגישויות נוספות

מידע ישן לא ידוע

תרופות קבועות

| תרופה                       | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|-----------------------------|------|---------|-------|------|
| TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| ACYCLO-V 400MG TAB 400MG    | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

החתימה והחותמת הרופא  
125448  
מספר רשיון

125448  
מספר רשיון

ד"ר גלעד ליבשיץ  
שם הרופא

החתימה והחותמת הרופא

דף 2 מ 2

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

הפניה כללית - נוסח חופשי

07/12/2017

הודפס ע"י ד"ר גלעד ליבשיץ 00-03205316-7

לוי חיים



**סודי רפואי**

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

**ממצאי בדיקה תהודה מגנטית - יחידה**  
**טלפון: 03-6974000 פקס: 03-6973251**

ת.ז.: 3205316-7

מין: ז

גיל: 42 ש

שם: לוי חיים

כתובת: עגנון 58 בת ים 5956449

מקרה: 35670978

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית - יחידה

**בדיקות שבוצעו**

| תאריך אישור ביצוע | שעת אישור ביצוע | תיאור שירות             |
|-------------------|-----------------|-------------------------|
| 15/01/2018        | 21:48           | MRI כתף, ללא חומר ניגוד |

**תולדות מחלה**

לפי הפניית הרופא המטפל

**שאלה לבירור**

לפי הפניית הרופא המטפל

**שם רנטגנאי**

תורג'מן גבריאל

**תיאור הבדיקה והממצאים**

MRI כתף שמאל ללא ח.נ.

=====

פרטים קליניים: בן 42, כאב, חבלה לפני כחודשיים.

טכניקה: קורונלי T1, T2/PD-FS, סגילי T2 ואקסילי PD-FS.

אין ברשותנו בדיקות קודמות להשוואה.

ממצאים:

נראים שינויים ציסטיים תת קורטיקלים וחסר סדירות בגבשושית הגדולה של ההומרוס, יתכן מצב לאחר שבר שהתאחה ללא תזוזה משמעותית.

מגרעת קלה בגבשושית הגדולה סמוך למקום אחז הסופרא-ספינאטוס עם בצקת מינימלית בהיקף.

יש עיבוי בגיד הסופרא-ספינאטוס, עם מוקדים זעירים של קרע חלקי שטחי לא לכל העובי בצד התחתון (מפרקי) של הגיד (למשל תמונות 9,10 בסדרה 4). מסת השריר שמורה, ללא שינוי שומני. גיד הסוב-סקפולריס תקין. מסת שריר זה שמורה. גיד האינפרא-ספינאטוס מעט דק - מתאים לטנדינוזיס קלה. מסת שריר זה שמורה. נראה שינוי היפרטרופי קל במפרק האקרומיו-קלויקולרי עם הטבעה קלה כלפי מטה. אקרומיון מסוג II. בצקת קלה בעצם הבריח בחלקה המרוחק. ללא פריקה של המפרק. גיד הביצפס הארוך בחריצו, המשכי. נוזל מעט מוגבר בחלקו התחתון של הגיד בחריץ. מתאים לטנדינוזיס קלה ללא קרע. ככל שניתן לראות בבדיקה שאינה ארתרוגרפיה הלאברום העליון תקין. ללא נוזל מוגבר משמעותית במפרק הכתף. פס דקיק של נוזל בבורסה הסוב-אקרומיאלית/דלטואידית.

סיכום:

ככל הנראה מצב לאחר שבר ללא תזוזה בגבשושית הגדולה. פגיעה עם טנדינוזיס וקרע זעיר לא לכל העובי בגיד הסופרא-ספינאטוס. שאר הממצאים בכתף שמאל כמפורט.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| דר. פלוסר גדעון | 20697 | 13617 | 21/01/2018  | 16:20     |

תאריך הקלדה: 23/01/2018

סודי רפואי

מרפאה לפגיעות ספורט וניתוחים ארטרוסקופים

מחלקה: מ. פגע' ספורט מעודכן ל: 09/04/18

מנהל מח': דר. עוז שעה: 09:06

## סיכום ביקור - 30918320

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

### לוי חיים

ת.ז: 3205316-7 מין: ז ת.לידה: 03/04/75 גיל: 43 ש  
טל: 052-3512191 טל: 03-5534071 טל: 03-5534071 שם האב: אברהם  
שם האם: חיה מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית  
כתובת: עגנון 58, בת ים, 5956449

### נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 09/04/18 שעה: 08:40

### פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

### רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: בן 43

בריא בד"כ

יד ימין דומיננטית

תלונה- כאבים בכתף שמאל מזה 4 חודשים

לאחר שהותקף טופל במיון וולפסון

טופל בפיזיותרפיה ללא הטבה

בבדיקה - כאבים במגע שקע עם רטרקציה של ה PM מדיאלית

רגישות באספקט לטרלי מעל ה GT

MRI חזה קרע מלא של ה PM עם 6 סמ רטרקציה

MRI כתף שמאל - אי סדירות ב GT טנדינוזיס של ה SSP

לאחר דיון עם דר עוז ודר ירון

הוסבר למר לוי על פתרונות שמרניים וניתויות

ניתוח לתיקון ה PM מאורח מדי עקב הזמן שעבר אך תיקון

פלסטי עם גיד מחליף ניתן לא במחלקתינו

יטופל בזריקת דיפרוספאן לכתף בנתיים

**בדיקה גופנית**

מדדים ת. בדיקה: 09/04/18 שעה: 09:06

לחץ דם: משקל: דופק:

גובה: נשימות: סטורציה:

חום פה: חום רקטלי: חום אחר:

BMI: GCS: BSA:

**חתימה**

רופא מאשר: רם, ירון

09:25 09/04/18

רשיון: 34810

חתימה: \_\_\_\_\_

רם ירון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
מומחה לפגיעות כתף  
34810 חרמל

20/06/2018 תאריך

## סיכום טיפול

פרטי המטופל

| לוי חיים      | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    | גיל    | ז     | ת. לידה | אברהם  |
|---------------|-------------------|------------|--------|-------|---------|--------|
| 00-03205316-7 | 43.02             | 03/04/1975 | שם האב | מין   | שם האב  | שם האב |
| 58 / 22       | עגנון             | רחוב       | מס בית | טלפון | טלפון   | טלפון  |
| בת ים         | ישוב              | רחוב       | מס בית | טלפון | טלפון   | טלפון  |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 180507131

תאריך הפניה: 18/02/2018

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: דר' גלעד ליבשיץ

מרפאה: בת ימון

מקצוע: אורטופד

רשיון רופא: 125448

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד | איפיון | אבחנה                |
|----|-----|--------|----------------------|
|    |     |        | contusion upper limb |

אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה                                 |
|------|------|---------------------------------------|
| שמאל | 8120 | FRACTURE HUMERUS SURGICAL NECK CLOSED |

תאריך תחילת טיפול: 25/02/2018 תאריך סיום טיפול: 05/06/2018

מס' ביקורים בפועל: 10 פרטני: 10

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 9    | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 2    | הערכה מחדש- בדיקה                 |
| 8    | תרגול כללי                        |

סיבת סיום טיפול: 09-על פי דרישת המטופל

## סיכום טיפול

דף 1 מ 2 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

20/06/2018 הודפס ע"י דנה אלמליח 00-03205316-7

לוי חיים

כאבים:

| איבר | צד   | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|------|------|-----------------------|-----------------------|
| כתף  | שמאל | 8                     | 6                     |

הערות: ללא שינוי במצבו. עדיין כאבים לסרוגין בכתף שמאלית וקושי בתפקוד על רקע הפגיעה בכתף. סיום טיפולים.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
05/06/2018  
15/05/2018  
08/05/2018  
02/05/2018  
24/04/2018  
17/04/2018  
11/04/2018  
06/03/2018  
28/02/2018  
25/02/2018

מחלקת 100 שנה מחוז תל-א-גבו  
מכון פיזיותרפיה בת-ימון  
טלפון: 03-5556505  
שליחה 3  
אחידה וחזרת

לימור כהן

שם מטפל

דף 2 מ 2  
20/06/2018

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
הודפס ע"י דנה אלמליח 00-03205316-7

סיכום טיפול  
לוי חיים

נספח 2 :

## חווד קרבאל - נספח 2

(עמודים 30 עד 33)

**TOMER KRAVEL MD  
ORTHOPEDIC SURGEON**

**ד"ר תומר קרבאל  
מומחה בכירורגיה אורתופדית**



**מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב  
טל. מרפאה 03-6440606  
רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.  
רשיון מומחה מספר 22235**

---

### **חוות דעת רפואית.**

**23/07/2020**

אני, הח"מ, ד"ר תומר קרבאל, מצהיר בזאת כי אלו פרטיי, פרטי השכלתי וניסיוני:

1. בעל תואר ד"ר לרפואה של הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999.
2. בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה שמספרו 32157 משנת 1999.
3. מומחה בכירורגיה אורתופדית משנת 2006, רישיון מספר 22235.
4. בוגר קורס טראומה אורתופדית מסוג AO משנת 2001.
5. השתלמות באולטרה סאונד פרקי ירך לתינוקות, STOLZALPE, AUSTRIA, אצל פרופסור גרף.
6. רופא פוסק בוועדות ערר של משרד הביטחון.
7. תת התמחות במכון רובין לאורתופדיה, ביה"ח Sinai בבולטימור.
8. רופא בכיר במערך האורתופדי בית החולים שיבא תל-השומר

**נתבקשתי להגיש חוות דעתי בעניינו של  
חיים לוי ת.ז 032053167**

**מר לוי נבדק במרפאתי ביום 23/07/2020 לאחר שזוהה כמקובל**

**מסמכים רפואיים שעמדו בפניי**

1. גיליון מיון בית חולים וולפסון מיום 11.11.17

2. בדיקות US כתף שמאל
3. MRI כתף שמאל 1.18
4. מעקב רפואי ד"ר מוזס. ד"ר ליבשיץ. ד"ר קרצנוס
5. תיק רפואי
6. פרוטוקול מל"ל נכות כללית

## פרטי המקרה:

בן 45  
 לדבריו ביום 11.11.17 הותקף בביתו ע"י שכן  
 נחבל בכתף שמאל וברך וגב  
 טופל במיון בית חולים וולפסון ומרפאות קופת חולים  
 אובחן שבר הומרוס מקורב 2 חלקים  
 בבדיקת US וכן MRI כתף שמאל-שבר הומרוס מקורב ובצקת אינסרצית גיד SSP וקרע  
 פקטורליס מגור

כיום לדבריו- כאבים בכתף שמאל. הגבלה. קושי לישון. דקירות. לא עובד עקב כך

## בדיקה

ימני דומיננטי.

כתף שמאל- יש דלדול ניכר פקטורליס ניכר עם שקע  
 ירידה בכוח השריר פקטורליס בצורה ניכרת.  
 טווח אקטיבי  $90=ABD$ .  $ER=35$ .  $IR=L1$ .  $FF=80$ .  
 מבחן גרבר וניר שלילי. CC חיובי

כתף ימין-  $ABD=081$ .  $IR=L1$ .  $ER=40$ .  $FF=170$ .

## דין ומסקנות

בן 45  
 לדבריו ביום 11.11.17 הותקף בביתו ע"י שכן  
 נחבל בכתף שמאל וברך וגב  
 טופל במיון בית חולים וולפסון ומרפאות קופת חולים  
 אובחן שבר הומרוס מקורב 2 חלקים  
 בבדיקת US וכן MRI כתף שמאל-שבר הומרוס מקורב ובצקת אינסרצית גיד SSP וקרע  
 פקטורליס מגור

קראתי תוכן התיק, תיק רפואי פרוטוקול מל"ל נכות כללית  
 נקבעה נכות צמיתה בגובה 15% לפי סעיף 41(4)ב  
 הוועדה התעלמה מקיומו של קרע שריר פקטורליס שמקנה נכות נוספת

זו חוות דעתי-

מדובר באיש בן 45 אשר הותקף לדבריו ע"י שכנו לפני 3.5 שנים  
נגרם שבר הומרוס מקורב 2 חלקים וכתף שמאל וקרע גיד פקטורליס מגור  
טופל שמרני  
בבדיקה קלינית הגבלה עד גובה השכם המצדיקה נכות בגובה 15% וכן קרע מלא גיד  
פקטורליס מגור עם ירידה בכוח אדוקציה והחזקה  
המשמעות היא חוסר יכולת להרים ולהפעיל כוח ביד שמאל

לדעתי עקב התאונה ביום 11.11.17 נותרה נכות

- בגובה 15% לפי 41(4) ב- שבר והגבלה בכתף שמאל
- בגובה 10% לפי 42(ב)1 – קרע גיד פקטורליס מגור שמאל

ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה  
זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

על החתום  
ד"ר תומר קרבאל

ד"ר תומר קרבאל  
מומחה לנזקים פיזיים ופסיכיים  
מאז תחילת דרכו  
מאז 22.15.17  
מאז תחילת דרכו



נספח 3 :

יפוי כח

(עמודים 35 עד 35)

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ח"מ ח"מ  
ת.ז. מס' 032053167, מרחוב מזרחי 58 (חלל המסע)  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ניר רשף להיות באי/כוחי במשפט של נגד  
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, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים 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 21 לחודש אדר שנה 2017

חתימה: [חתימה]  
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

[חתימה]  
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

## חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה  
 שם פרטי  
 חיים  
 תעודת זהות  
 032053167  
 שם האב  
 עיר  
 ית ים  
 מסי  
 58  
 טלפון  
 מיקוד  
 רחוב  
 ע. זאנון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו 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 תק שפנתה על שמי אצל חונתי השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על מתשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלחן, 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. \_\_\_\_\_  
מכוניים, 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: 21/10/17 עד לחתימה ומס' 62254 מס' רשיון: (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) חתימה: X

## ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: \_\_\_\_\_ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

|       |                   |       |
|-------|-------------------|-------|
| תאריך | שם פרטי ושם משפחה | חתימה |
|-------|-------------------|-------|