



**מבלי לפגוע בזכויות**

**לכבוד**  
**עיריית נתניה**  
**מרחוב הצורן 6**  
**נתניה**

א.ג.נ.,

**הנדון: תאונה מיום 22/11/21**  
**מיאל קבלה (קטינה), ת.ז. 342229192**

**בשם מרשינו, ה"ה הורי הקטינה מיאל קבלה (להלן: "הקטינה") הרינו לפנות אליכם בדרישה לפיצויים בגין נזקי גוף לו כמפורט להלן:**

1. ביום 22.11.21, עת שהתה הקטינה במסגרת גן שרץ, ברחוב מאיר בר אילן 14, בנתניה (להלן: "הגן"), נפלה, ונפגעה בכתפה ובחזה (להלן: "התאונה").
2. אם הקטינה, הגב' מורן, הגיעה לאסוף את הקטינה ומצאה אותה כאובה, מסוגרת ונמנעת ממגע וסיפורה כי קיבלה מכה וכואב לה מאוד. נוכח האמור פנו לקבלת טיפול רפואי שם הודגמו חבלות בכתף שמאל ובעצם הבריח והיא הופנתה לקבלת טיפול רפואי, ביצוע בדיקות הדמיה ומנוחה עם הימנעות מפעילות.
3. הורי הקטינה התקשרו על מנת להבין כיצד קרה כדבר והסייעות אשר היו אותו היום ללא השגחה וגורם מנהל הפנו את האחריות האחת כלפי השניה.
4. רק בחלוף מספר ימים התקשרה מנהלת הגן והתנצלה על האירוע ועל כך שבמועד האמור שהו ללא השגחה מספקת ובעטיה נגרמה התאונה וכי הקטינה נפלה מהכיסא בהיעדר השגחה.
5. אין ספק כי התאונה נגרמה עקב התרשלותכם, אשר באה לידי ביטוי במחדלים הבאים:
  - א. לא דאגתם להדריך את הגננות ו/או המטפלות בדבר התנהלות נכונה וזהירה.
  - ב. לא דאגתם להציב בגן צוות בהתאם להנחיות ולחוזר מנכ"ל.
  - ג. לא דאגתם לוודא כי התנהלותכם לא מסכנת את הילדים אשר מצויים תחת השגחתכם.
  - ד. לא דאגתם לפקח על הנעשה בגן ומתן הוראות ברורות לטיפול בילדים.
  - ה. לא הנהגתם הליך של בדיקות והדרכות תקופתיות.
  - ו. נהגתם בפזיזות ובאופן אשר מסכן את שלומם וביטחונם של הילדים.
  - ז. לא עשיתם דבר ו/או לא עשיתם די על מנת למנוע את התאונה.
  - ח. נהגתם בחוסר זהירות ובחוסר אכפתיות.
  - ט. לא נהגתם כפי שגן סביר וזהיר היה נוהג בנסיבות העניין.
6. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרם לקטנה שבר בעצם הבריח ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה לביתה כשידה נתונה במתלה, בהמלצה למנוחה והימנעות מפעילות גופנית למשך חודש ימים.



7. הקטינה סבלה מכאבים עזים והתקשתה בביצוע פעולות יומיומיות והוריה נאלצו לשהות ולסעוד אותה במשך שבועיים ימים **ובהמשך באופן חלקי**.

**רצ"ב תעודות רפואיות.**

8. מאז התאונה סובלת הקטינה מעיכוב התפתחותי ביחס לבני גילה, מכאבים והגבלה בתנועות כתף שמאל, מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, היא נזקקת למעקב רפואי ותיזדקק לו בעתיד.

9. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות משפטיות וצירוף חוות דעת רפואית אהיה מוכן להמליץ בפני מרשינו על סילוק תביעתם תמורת פיצוי גלובאלי בסך 90,000 ₪.

10. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק דרישתנו מחוץ לכותלי בית המשפט.

11. אין במכתבנו זה כדי למצות את טענות מרשינו ו/או כדי לפגוע ו/או לגרוע מכל זכות ו/או טענה השמורים להם על פי כל דין.

**\* רצ"ב לנוחותכם ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות חתום על ידי הורי הקטינה.**

**בכבוד רב ובב"ח,**

**אריאל פרייברג, עו"ד**

**פרייברג רסקין עורכי דין**



032225

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר זינגר מנחם

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: דרך השרון 12, מרכז שרונה, כפר סבא

טלפון: 09-7487744,

09-7481816

פקס: 09-7602681

פרטי הנבדק

ת.ז.: 342229192

שם פרטי: מיאל

שם משפחה: קבלה



0342229192

מ.י.נ: 0533329649

ת.ל.י.ד.ה: 08/07/2018

טלפון: 0533329649

### תשובת יעץ

לכבוד:

רופא מטפל

בבדיקה שנעשתה ב: 25/11/2021

עקב: ב- 22/11/21 נחבלה בכתף שמאל, אובחן שבר בעצם הבריח.

ממצאים: רגישות עצם בריח, ללא נפיחות או מתח עורי. צילום: שבר 1/3 אמצעי ענף ירוק.

• FRACTURE CLAVICLE CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: מיתלה לשבועיים נוספים

הימנעות מפעילות גופנית לחודש

הוסבר על ייפוי עצמוני, כיצד לנהוג והצפוי

25/11/2021

תאריך

חתימה וחוקמת הרופא

כללית 100 שנה

ד"ר טובה לוינסקי

מדינת ישראל

מכון דימות נתניה מחוזית - רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

|            |              |            |      |                                   |             |
|------------|--------------|------------|------|-----------------------------------|-------------|
| 22/11/2021 | ת. ברציע:    | 34222919-2 | ת"ז: | מיאל קבלה                         | נבדק:       |
| 23/11/2021 | אישור פענוח: | 3 שנים     | גיל: | 08/07/2018                        | תאריך לידה: |
| 25/11/2021 | ת. הדפסה:    | נקבה       | מין: | מחוז שרון - שומרון, (120000)      | מוסד מפנה:  |
|            |              |            |      | מרכז לרפואה יועצת נתניה, (122100) | גורם מפנה:  |
|            |              |            |      | טומי אלכ בקאל, (24890)            | רופא מפנה:  |

בדיקה: צילום כתף

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצוע:

צילום כתף בתאריך 22/11/2021 15:31 מ.ג. 1125002264642 מבצע: אילנה אליעזר;  
צילום כתף מלא שמאל;

ממצאים:

שבר ללא תזוזה בעצם הברית.

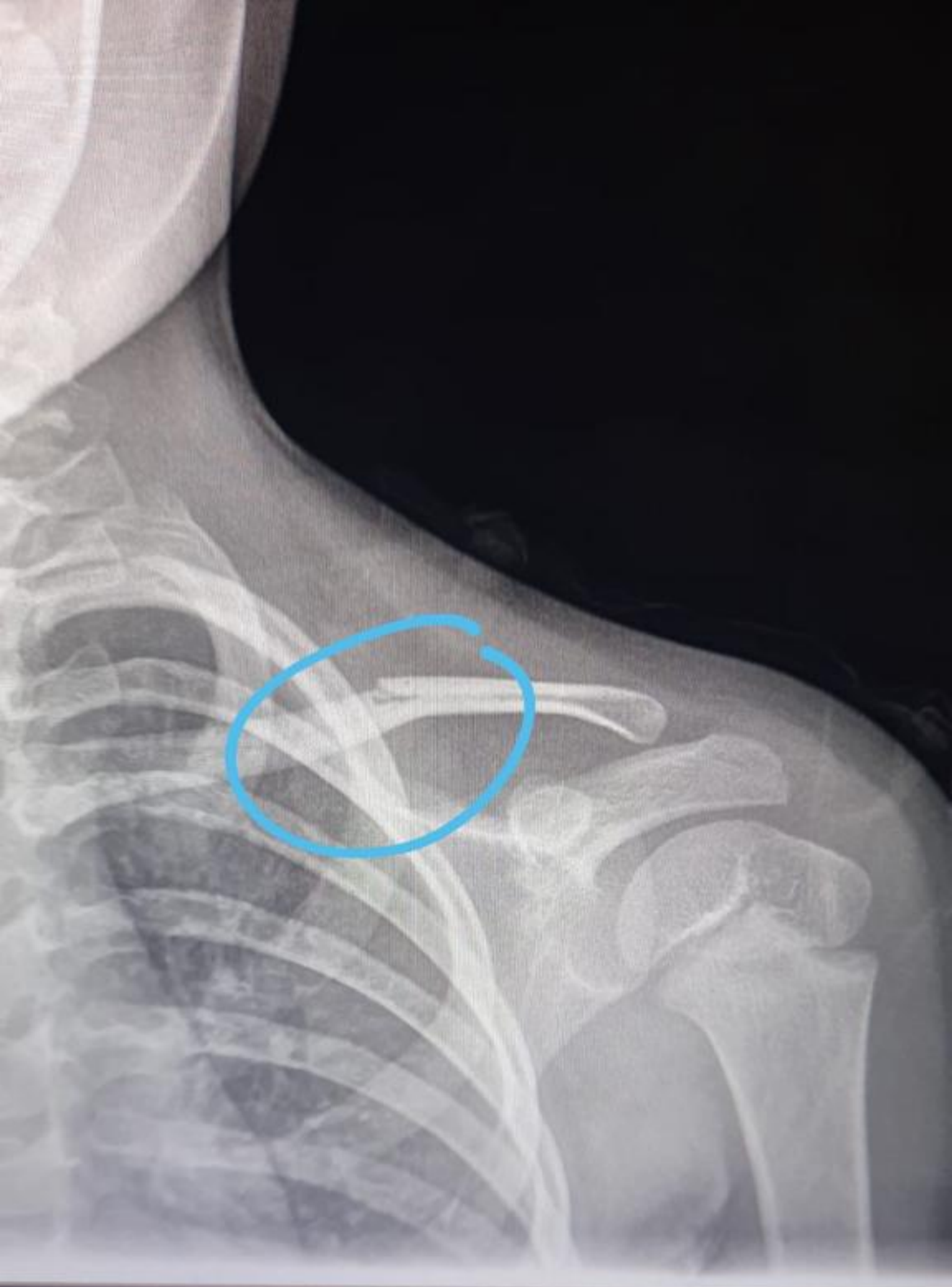
סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

23/11/2021 06:51

מספר רישון: 20500

אושרר ע"י: ד"ר אריה אמצסלבסקי



ד"ר מנחם זינגר - אורתופד ילדים  
עוסק מורשה 514075530



אורתופדי  
מרכז שרונה-דרך השרון 12, כפר סבא  
טלפון: 097487744 פקס: 097602681

מקור

מספר: 02/010161

חשבונית מס קבלה

מספרים: 00000

לכבוד:

תאריך: 25/11/2021

שעה: 18:28

דף 1 מתוך 1

קבלה מיאל

מיקוד 4523409

| # | מס' פריט | תאור פריט  | כמות | ש"ח כולל מע"מ  | סה"כ כולל מע"מ |
|---|----------|------------|------|----------------|----------------|
| 1 | 7        | יעוץ רפואי | 1.00 | 150.00         | 150.00         |
| 2 | 20       | חניה       | 1.00 | 10.00          | 10.00          |
|   |          |            | 2.00 |                | 160.00         |
|   |          |            |      | הנחה 0.00 %    | 0.00           |
|   |          |            |      | סה"כ לתשלום:   | 160.00         |
|   |          |            |      | פרוט התשלום    |                |
|   |          |            |      | סה"כ ללא מע"מ: | 136.75         |
|   |          |            |      | הנחה:          | 0.00           |
|   |          |            |      | מע"מ 17.00 %   | 23.25          |

| פרטי תשלום: חשבונית מס קבלה |             | מספר: 02/010161 |             |
|-----------------------------|-------------|-----------------|-------------|
| שורה                        | פרטים       | סוג תשלום       | מס' שובר    |
| 1                           | כרטיס אשראי | ישראל           | 08/12/2021  |
|                             |             |                 | תאריך פרעון |
|                             |             |                 | מספר כרטיס  |
|                             |             |                 | שקל חדש     |
|                             |             |                 | סה"כ:       |

| אורתופדי         |  | מספר עסק 7953359 |  |
|------------------|--|------------------|--|
| מסוף 2385248     |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |
| מספר כרטיס: 8876 |  | מספר עסק 7953359 |  |

מפיק המסמך: אלכסנדרה  
שם המקבל: חתימה: תאריך:

## אישור על מחלת הילד

| פרטי המטופל       |  |               |      |         |            |             |
|-------------------|--|---------------|------|---------|------------|-------------|
| שם משפחה ושם פרטי |  | 00-34222919-2 |      | נ       | 08/07/2018 | נתנאל       |
| מס זהות           |  | גיל           | 3.04 | מין     | ת.לידה     | שם האב      |
| מס זיהוי          |  | מס בית        | 32   | 3329649 | 53         | 52 -6760849 |
| רחוב              |  | מס            |      | טלפון   |            | טלפון נוסף  |

|        |            |          |            |          |
|--------|------------|----------|------------|----------|
| מתאריך | 22/11/2021 | עד תאריך | 29/11/2021 | ועד בכלל |
|--------|------------|----------|------------|----------|

ד"ר אירנה לויז

**שם הרופא**

Scanned with CamScanner

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ \_\_\_\_\_  
ת.ז. מס. \_\_\_\_\_  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_  
נגד \_\_\_\_\_  
להיות באי כוחי במשפט של \_\_\_\_\_  
בענין תאונת דרכים מיום \_\_\_\_\_  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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.

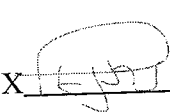
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 1 לחודש 4 שנה 24

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ. ת. 5225



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

|                                                       |            |          |          |          |
|-------------------------------------------------------|------------|----------|----------|----------|
| חלק א'<br>אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) |            |          |          |          |
| שם האב                                                | שם פרטי    | שם משפחה | מס' רחוב | מס' עיר  |
| 342229192                                             | 16         | קלר      | 32       | תל אביב  |
| שם האב                                                | תעודת זהות | שם פרטי  | שם משפחה | מס' רחוב |
| 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 הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

|                                                                      |          |          |          |          |
|----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| חלק ב'<br>שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____ |          |          |          |          |
| רופאים:                                                              | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ | 4. _____ |
| מכונים, מעבדות:                                                      | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ | 4. _____ |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. 342229192 שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. 311363436

תאריך: 1.4.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

מ.ר. 62254