



לכבוד
שלמה חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 21/12/2022
רכב נושא מ"ר 420-201-02
הנפגע: אלכסנדר סביר, ת.ז. 327091922

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

1. בתאריך 21.12.2022 בשעה 18:25, בצומת פדיה, היה הרכב מעורב בתאונה ומרשי שנהג בו נפגע בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה ותמונות, מסומנים "כנספח 1".

2. לאחר התאונה טופל מרשי בבית חולים השרון, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב, ביצוע בדיקות הדמיה שכוונו לעמוד השדרה הדגימו יישור של הלורדוזיס הצווארי ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

3. מרשי המשיך במעקב רפואי במסגרת הקהילה נוכח הכאבים וההגבלה בתנועות עמוד השדרה עם קושי בהליכה והוחלט להפנותו לביצוע בדיקות הדמיה, המשך טיפול תרופתי לשיכוך כאב, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

4. בדיקת הדמיה אשר כוונה לעמוד השדרה הדגימה בקע דיסקלי על בסיס רחב ופרא מדיאלי בגובה S1-L5 עם לחץ על השק התקאלי בשורש עצב היקפי שמאלי והוחלט להפנותו להמשך מעקב רפואי ובדיקת MRI.

5. מרשי המשיך במעקב רפואי והופנה להמשך מעקב, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב, טיפולי פיזיותרפיה וטיפול שמרני בטרם ינתן ייעוץ מומחה עמוד שדרה.

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





6.

מאז התאונה ומחמת תוצאותיה סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בישיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מאבים עזים, קשיי הירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ויזקק להם גם בעתיד.

7.

מרשי עובד כשכיר בתחום המט"ח וכעצמאי בתחום המחשב והסלולר, מתקשה מאז התאונה ותוצאותיה בביצוע עיסוקיו ונגרמו לו הפסדי שכר.

8.

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

9.

על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות תוך בקשה למינוי מומחה בתחום האורתופדי אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי בסך של 210,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.

10.

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
פרייברג רסקין עורכי דין

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 5 עד 12)	5
נספח 2: תיעוד רפואי כרוני (עמודים 14 עד 30)	14
נספח 3: יפוי כח ווסר_000449 (עמודים 32 עד 34)	32



נספח 1 :

חבות

(עמודים 5 עד 12)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה כתובת טלפון פקס דואל
שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
הרצל 206, רחובות
089371599
089770134
bohanim.shfela@police.gov.il
מספר תיק פלא
סיווג תיק
מס' מסמך בתיק
תאריך
85007/2023
ת.ד., כללי
ב
13:56, 22/02/2023, א' אדר תשפ"ג

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה:

21/12/2022

בשעה

18:25

2. מקום התאונה:

צומת פדיה בכביש בין עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב 42020102 סוג רכב פרטי נוסעים תוצר רכב ניסאן יפן
חברת ביטוח שלמה "סיקסט" מספר פוליסה 1104143932/22-00 סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	327091922	סביר אלכסנדר	22/01/1988	ראש העין, עמוס הנביא 6	השרון - פתח תקוה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב 5275330 סוג רכב פרטי נוסעים תוצר רכב טויוטה טורקיה
חברת ביטוח מספר פוליסה סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג						

פרטי הרכב:

מספר רכב 5644532 סוג רכב פרטי נוסעים תוצר רכב טויוטה צרפת
חברת ביטוח מספר פוליסה סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג						

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 1

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

22/02/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א

57947269

שם משפחה

ביבי

שם פרטי

בת חן

פרטי השוטר המוסר

904144

רפי

גזיאל

רב נגד

מבוטח/ת יקר/ה

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי :

א. בעלות הרכב : פרטית

ב. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 33

ג. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת

ד. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי

לנהוג ברכב היא: 2015

ה. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח חובה, בשלוש השנים

האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

ו. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל

הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

הדפסה מתאריך 6/01/22

שים לב,
מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה,
כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

העתק

מס' הרישוי: 42020102
מס' הפוליסה: 1104143932/22-00

שם בעל(י) הפוליסה: סביר דריה
כתובת: יפה ירקוני 1 ראש העין 48033 נ.ח. 332505932

סוג הרכב: M-1
סוג רכב לצורך ביטוח: פרטי
יצרן/דגם: ניסאן איקס טריי
מס' שלדה: AT32U0022082
שנת ייצור: 2021 סמיק/משקל: 1700
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 6/01/22 שעה: 1637
קוד מוטב: 62-3180-7

מועד תחילת הביטוח (המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני): 6/01/22
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/22
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
שם הסוכן: אלכסנדר וליונסקי סוכ' לביטוח מס': 401179

* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

כלי חותמת הבנק
על תעודה זו -
אין לה תוקף.
נא בדוק נכונות
הפרטים שבתעודה.

אורי אומד
מנכ"ל החברה

אם מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה
ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה שמלצר פינת מרטין נהל 10, קריית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מיל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il



הסכום לתשלום: 1136.00 ש"ח

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל / 1970

מס' הרישוי: 42020102
מס' הפוליסה: 1104143932/22-00
סוג הרכב: M-1
סוג רכב לצורך ביטוח: פרטי
יצרן/דגם: ניסאן איקס טריי
מס' שלדה: AT32U0022082
שנת ייצור: 2021 סמיק/משקל: 1700
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 6/01/22 שעה: 1637
קוד מוטב: 62-3180-7

שם בעל(י) הפוליסה: סביר דריה
כתובת: יפה ירקוני 1 ראש העין 48033 נ.ח. 332505932
מועד תחילת הביטוח: 6/01/22
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/22
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
שם הסוכן: אלכסנדר וליונסקי סוכ' לביטוח מס': 401179

* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

דרך שלמה שמלצר פינת מרטין נהל 10, קריית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מיל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il

ניתן לשלם תעודה זו
באמצעות סניפי הבנקים
הבאים, במזומן או באמצעות
כרטיסי האשראי ויזה, לאומי
כארד ויזאקרט.

פועלים חשבון 600-60211
לאומי חשבון 800-13520/63
חזרתי-מזרתי חשבון 461-237489
דיסקונט חשבון 010-72428076
בנק הדואר חשבון 001-8623180

הסכום לתשלום: 1136.00 ש"ח

מטרות השימוש המותרות –

- חבות המבטח חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
1. מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבטח שאינן נכללות בסעיפים 2 עד 6 להלן;
 2. מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א' לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
 3. מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 4. מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 5. מטרה עסקית של שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק ("חוזה שכירות" – למעט חוזה ליסינג תפעולי או חוזה מקח אגב – שכירות – ליסינג מימוני) ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 6. מטרה של סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים. ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;

על אף האמור בסעיפים 5-1 לעיל

פוליסה זו אינה מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו – 2005 (להלן "חוק הנהיגה הספורטיבית"), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב –

7. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
8. בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברשיון הרכב, רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח;

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב בביטוח סחר בלבד –

9. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב;

הרחבות לפוליסת ביטוח סחר בלבד –

אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:

10. מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או הנהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר אחד מאלה נמצא ברכב.
11. שימוש למטרות פרטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינן מטרה עסקית מאלה:
- הוראת נהיגה, הסעת נוסעים ברכב כנגד תשלום שכר או כל תמורה אחרת, חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
12. שימוש ברכב מנועי הרשום במשרד הרישוי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.



פרטי המבוטח

שם מבוטח: סייג שי זהר ו/או מלול סמדר

כתובת: צבר 3 לוד 7138734

מס' ת.ז: 305177198

פרטי הרכב המבוטח

קוד דגם משרד תחבורה: 00839-00003

מ.רישוי: 52-753-30 ישראליסמ"ק: 1598ש.יצור: 2014יצרן: טויוטהאוטומטי: כןק.דגם לוי יצחק: 413083 סוג: פרטידגם: קורולה סאן החדשה (00)

תקופת הביטוח

מ- 01/11/22 שעה: 00:01
עד- 31/10/23 שעה: 24:00

רשאים לנהוג

הכיסוי הביטוחי יהיה תקף רק לנהגים אשר פרטיהם רשומים בכותרת - רשאים לנהוג ברכב

שעבודים
אין

השימוש המותר ברכב

מטרות חברתיות ופרטיות, מטרות עסקו של המבוטח

דמי הביטוח ואופן התשלום

דמי הביטוח (ש)

סה"כ לתקופת הביטוח (365 ימים) 3,125

3,125
0לתשלום במזומן:
תוספת בגין הסדר
תשלומים כמפורט בהמשך

* הפרמיה תשולם לחברה באמצעות כרטיס אשראי בדרך של הוראת קבע ב- 2 תשלומים חדשיים רצופים בסך 1,562.50 כל אחד, החל מיום 02.11.22 ע"י חיוב כרטיס מס. 1858 ***** ויזה

*תשלום דמי הביטוח עד 5 תשלומים - תשלום מלוא דמי הביטוח בתשלומים שמספרם אינו עולה על 5 תשלומים חודשיים שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח או מועד הפקת הפוליסה לפי המאוחר, ללא תוספת דמי הסדר תשלומים והצמדה.



מ. פוליסה: 250944025/22 א	ענף: 25	שם מבוטח: סייג שי זהר ו/או מלול סמדר	סוכן הביטוח: 163921-04 סוכן
מ. תוספת: 0	חידוש	קולקטיב: 40000 מגדל על	מיטב ו/או שטרקמן יעקב

כל הדרכים לצור איתנו קשר

עמוד 1 מתוך 9

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, כתח תקוה, מיקוד 4951106

9/1



מגדל

מגדל חברה לביטוח בע"מ

טוב שיש מגדל מאחוריך

	500	35,000	- הגנה משפטית (ראה פסקה מס' 9 להלן)
	1.50%		שיעור השתתפות עצמית ברידת ערך
70	250	5,000	- פנסים ומראות צד (ראה פסקה מס' 10 להלן) - כסוי למהומות ושביטות
			- כתבי השירות - בהתאם לתנאים המפורטים בכתב השירות (ראה פסקה מס' 11 להלן) - פסקת שירותי דרך וגרירה (ראה פסקה מס' 12 להלן) - פסקת רכב חלופי (ראה פסקה מס' 13 להלן) - פסקת אח"מ (ראה פסקה מס' 14 להלן) - כתבי השירות "שירותי דרך וגרירה", "שירות אח"מ"
270			כתב שירות "רכב חלופי" (1300 סמ"ק קבוצה B)
			גרירה חליפי אחמ
70			- כתב שירות "שבר שמשות עד הבית" (ראה פסקה מס' 15 להלן) - החזרת היקף סכום ביטוח לקדמות (ראה פסקה מס' 16 להלן) - פסקת דמי אשראי (ראה פסקה מס' 17 להלן) - פסקת דמי אשראי 1 (ראה פסקה מס' 18 להלן) - פסקת דמי אשראי 1 (ראה פסקה מס' 19 להלן)
3,125			סה"כ דמי ביטוח שנתי
3,125			סה"כ לתקופת הביטוח (365 יום)

כל הסכומים בטבלה נקובים בש"ח אלא אם צויין אחרת.

רשאים לנהוג ברכב הנהגים המפורטים מטה

שם	ת"ז	תאריך לידה
שי זהר סייג	305177198	06/02/1991
סמדר מלול	040450496	28/11/1980



מ. פוליסה: 250944025/22	ענף: 25	שם מבטוח: סייג שי זהר ו/או מלול סמדר	סוכן הביטוח: 04-163921
מ. תוספת: 0	חידוש	קולקטיב: 40000 מגדל על	מיטב ו/או שטרבמן יעקב

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחניות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | 054-9201028 Whatsapp | מוקד טלפוני סוכן 03-4951006
 יחובת לתשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951006

עמוד 3 מתוך 9

מגדל חברה לביטוח בע"מ טוב שיש מגדל מאחוריך



ניסיון ביטוחי

דמי הביטוח נקבעו, בין השאר, בהתאם להצהרתך על עברך הביטוחי בביטוח רכב רכוש (כנקוב בסוג הכיסוי להלן) ומספר התביעות בשלוש השנים האחרונות, כפי שמסרת במועד הצטרפותך לביטוח (כמפורט בטבלה שלהלן). במידה ולא יוצגו על ידך אישורים המאמתים מידע זה, יחא המבטח רשאי לבטל את הפוליסה, להפחית את תבואתו לאחר קרו... ביטוח, או לעדכן, בכל עת, את דמי הביטוח (ביטול הנחת העדר







נספח 2 :

תיעוד רפואי כרונו

(עמודים 14 עד 30)



הופק ע"י דר' בן סימון אבנר מ.ר. 158337 01:03 22/12/2022

מכתב שחרור ממיון מתאריך 22/12/2022

המחלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ
מס' קבלה למחלקה: 2022037788
טלפון: 03-9372343
פקס:

שם משפחה:	סבדר	ת. לידה:	22/01/1988
שם פרטי:	אלכסנדר	ת. זהות:	32709192-2
כתובת:	עמוס הנביא 6, ראש העין 4841328	מין:	זכר
טלפון:	0543553533	גיל:	34
סוג דם:		מראה:	
מחוז:		שם האב:	איגור
גורם מממן:	דן, פתח-תקוה		

תאריך קבלה: 21/12/2022 21:51
מספר קבלה: 2022037788

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

פרטי קבלה למיון

סיבת פנייה: תאונת עבודה.
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

אבחנה משוערת

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE (E819)

תלונה עקרית

תאונת עבודה. תאונת דרכים

תולדות המחלה

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
21/12/2022 22:05	דר' טיבי ניירה מ.ר. 161294	בן 34, לא ידוע על מחלות רקע. ללא טיפול תרופתי קבוע. לדבריו 3 שעות טרם קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים. מנגנון-קדמי, קינמטיקה - קלה, לא נפתחו כריות אויר. היה חגור. שולל מכה ישירה בראש, חזה או בטן. שולל איבוד הכרה, הקאות. מלין על כאבים בצוואר ובגב תחתון. בבדיקתו: יציב המודינמית ונשימתית. 15 - GCS ראש - ללא סימני חבלה צוואר - רגישות בניקוש חוליית חזה - ללא סימני חבלה חיצונית. ללא רגישות במגע. כניסת אויר שווה וטובה דו"צ בטן - רכה, לא רגישה גב - רגישות בניקוש חוליית עמ"ש מותני אגן - יציב גפיים - ללא חבלה. ללא הגבלה בתנועות. ללא חוסר נוירולוגי גס. ת: צילומי עמ"ש בשלב זה ללא צורך בהתערבות כירורגית, מועבר להמשך טיפול אורטופדי.	
21/12/2022 23:56	דר' בן סימון אבנר מ.ר. 158337	בן 34, סיפור כמתואר	תחילה לא היו כאבים כלל, עם הזמן החלו כאבים - מלין על כאבים קלים בצוואר וכאבים בגב התחתון, עיקר כאביו בגב התחתון שולל איבוד שליטה הסוגרים

בבדיקה-

מכתב שחרור ממין

שם משפחה:	סבדר	תאריך לידה:	22/01/1988	המחלקה לרפואה דחופה - השרון
שם פרטי:	אלכסנדר	ת. זהות:	32709192-2	מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
סוג דם:		שם האב:	איגור	אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

מתהלך ללא כלי-עזר, תבנית הליכה תקינה. מתנייד בחופשיות במין
 ללא סימני חבלה על העור,
 הנעת צוואר וגב בכל הכיוונים תקינה - flexion, extension,
 רוטציה והטייה צידית.
 ללא רגישות גרמית לאורך עמ"ש.
 רגישות קלה טרפזיוס משמאל ומעל שרירים מתניים תחתונים יותר מימין
 כח גס 5/5 בכל התחנות ב- 4 גפיים, תחושה שמורה דיסטלית,
 דפקים פריפרים נימושו, ללא החזרים פתולוגים בגפיים עליונות ותחתונות

צילומים ללא ממצא גרמי חריף

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	ORAL
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	21/12/2022 21:59 שרר ליאור מ.ר. 231924	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg	

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
סיבת ההפניה: [תאונת דרכים] בוצע: [צילום עמוד שדרה בתאריך 21/12/2022 22:34 מ.ג.: 1205004679940 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה דנס (C2) במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 22:35 21/12/2022 מ.ג.: 1205004679941 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;] [צילום עמוד שדרה צווארי כולל C7.	21/12/2022	צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה



מכתב שחרור ממיון

שם משפחה:	סבדר	תאריך לידה:	22/01/1988	המחלקה לרפואה דחופה - השרון
שם פרטי:	אלכסנדר	ת. זהות:	32709192-2	מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
סוג דם:		שם האב:	איגור	אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

יישור הלורדוזיס הצווארי. החוליות הצוואריות בגודל ועמדה תקינים. המרווחים הבין חוליתיים שמורים. עמדה תקינה של הדנס ביחס לאלמנטים הצדדיים של C1. הרקמות הרכות הפרהוורטברליות בעובי תקין. צילום עמוד שדרה מותני הלורדוזיס המותני שמור. החוליות בגודל ועמדה תקינים. המרווחים הבין חוליתיים שמורים.] סכום: [כמפורט בפענוח לעיל.]		
21/12/2022 צילום עמוד שדרה מותני סקראלי סיבת ההפניה: [תאונת דרכים] בוצע: [צילום עמוד שדרה בתאריך 21/12/2022 22:34 מ.ג. 1205004679940 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה דנס (C2) במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה מותני סקראלי בתאריך 22:35 21/12/2022 מ.ג. 1205004679941 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;] [צילום עמוד שדרה צווארי כולל C7. יישור הלורדוזיס הצווארי. החוליות הצוואריות בגודל ועמדה תקינים. המרווחים הבין חוליתיים שמורים. עמדה תקינה של הדנס ביחס לאלמנטים הצדדיים של C1. הרקמות הרכות הפרהוורטברליות בעובי תקין. צילום עמוד שדרה מותני הלורדוזיס המותני שמור. החוליות בגודל ועמדה תקינים.		





מכתב שחרור ממיון

המחלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

שם משפחה:	סביר	תאריך לידה:	22/01/1988
שם פרטי:	אלכסנדר	ת. זהות:	32709192-2
סוג דם:	שם האב:	איגור	

המרווחים הבין חוליתיים שמורים.] סיכום: [כמפורט בפענוח לעיל]		
סיבת ההפניה: [תאונת דרכים] בוצע: [צילום עמוד שדרה בתאריך 21/12/2022 22:34 מ.ג. 1205004679940 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה צווארי במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה דנס (C2) במסגרת עמוד שדרה; צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 22:35 21/12/2022 מ.ג. 1205004679941 מבצע: ליאור יהלום; צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;] [צילום עמוד שדרה צווארי כולל C7. יישור הלורדוזיס הצווארי. החוליות הצוואריות בגודל ועמדה תקינים. המרווחים הבין חוליתיים שמורים. עמדה תקינה של הדנס ביחס לאלמנטים הצדדיים של C1. הרקמות הרכות הפרהוורטברליות בעובי תקין. צילום עמוד שדרה מותני הלורדוזיס המותני שמור. החוליות בגודל ועמדה תקינים. המרווחים הבין חוליתיים שמורים.] סיכום: [כמפורט בפענוח לעיל]	21/12/2022	צילום עמוד שדרה דנס (C2) במסגרת עמוד שדרה
לא הוקלדה תשובה	22/12/2022	צילום עמוד שדרה דנס (C2)

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר החדר	כאב (VAS)
21:59 21/12/2022	77	154 / 97	97	

מכתב שחרור ממיון

המחלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

שם משפחה:	סביר	תאריך לידה:	22/01/1988
שם פרטי:	אלכסנדר	ת. זהות:	32709192-2
סוג דם:	שם האב:	איגור	

5			21:58 21/12/2022
---	--	--	------------------

סטטוס מטופל בשחרור

יציב המודינמית ונשימתית

סיכום ומסקנות

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
22/12/2022 01:02	דר' בן סימון אבנר מ.ר. 158337	אנמנזה, הדמיה ובדיקה כמתואר לעיל	

המלצות

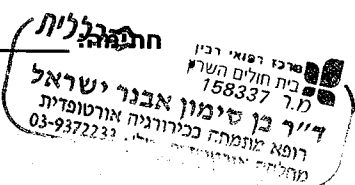
המלצה: -המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע
-נגד כאבים לפי הצורך
-חימום ועיסוי מקומי
-פיזיותרפיה - הפעלה מלאה
-ביקורת אורתופד בקהילה בעוד 7 ימים במידה ולא חל שיפור בכאבים
-בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אחות מרכזת טיפול

אחות: מועדה שירה מ.ר. 235410

נחתם ע"י: דר' בן סימון אבנר מ.ר. 158337
חתימת אח/ת



המכתב הודפס על ידי דר' בן סימון אבנר 01:03 22/12/2022
חסי איש
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

רופא אחראי

רופא: דר' בן סימון אבנר מ.ר. 158337

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	לתשלום
כתובת	תאריך לידה	מספר טלפון	21/12/22 037788-22 0032708182-2 מספר טלפון 054-3553533 0104
שם האפוסטרופוס	כתובת האפוסטרופוס	מספר טלפון	0032708182-2 מספר טלפון 054-3553533 0104

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל/ליקבל את המטופל/ת * לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים.

1. ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפול בבית החולים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
2. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה * לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
3. אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות המטופל/ת*, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/למטופל/ת*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.
4. א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות, המטופל/ת, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפונית*
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד*
א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____
5. אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את המטופל/ת* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/ת.
6. כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשה/ישה המטופל/ת בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למעון מגורי המפורט לעיל/להוציא את המטופל/ת ולהעבירו/ה לרשות או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.
7. למי שאינו/אינה מבוטח/ת בשירותי בריאות כללית -אם קופת החולים בה אני/המטופל/ת מבוטח/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז המטופל/ת, לפי קביעת רופאים, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
8. אני מאשר/ת לשירותי בריאות כללית לשלוח אלי מידע בצורה דיגיטלית (דואר אלקטרוני, מסרונים, הודעות טלפוניות) הקשור באשפוזי. אם אינך מעוניין/ת לקבל מידע רפואי בצורה דיגיטלית -אנא חתום/ת פה _____
9. הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דבר אחר אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה: _____ חתימת המטופל/ת: _____
שם: _____ קרבה: _____ חתימה: _____

**אישור אפוסטרופוס
(אם המטופל/ת
קטין/ה או פסול/ת
דין)**

* מחקי את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות -יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.
בסעיף 4 - המטופל/ת/אפוסטרופוס רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו יימסר לגורמים שיקבע.

תאריך: 17/01/2023

הפניה לדימוות

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922
ת.לידה:	22/01/1988	גיל:	35.00
מס בית:	6 / 6	רשיון:	ראש העין
		טלפון:	54-3553533
		טלפון נוסף:	

מספר הפניה ישירה: 31914017313

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



1914



031914017313



0327091922



115161

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על

בן 35
בסוף דצמבר לדבריו ת.ד.
נגנן קדמי
כאבי גב תחתון מאז
שיפור תחת נוגדי כאבים, שיפור מני בלבד.
עדיין כאבים יומיומיים כולל כאבי בוקר ולילה

ממצאים עיקריים

מתהלך עם צליעה
ללא חסר NV דיסטלי
כח גס שמור בכל קבוצות השרירים
כאבים בהנעת הגב עם הגבלת טווחים

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

1. CT עמוד שדרה מותני וביקורת

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

115161

ד"ר אחמד ביאדסה

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 14/05/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922
ת.לידה:	22/01/1988	גיל:	35.03
מס בית:	6 / 6	מין:	ז
ישוב:		רחוב:	
ראש העין		עמוס הנביא	
טלפון:		טלפון נוסף:	
3553533 - 54			

תאריך תאונה 21/12/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35983016291

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5983



035983016291



0327091922



037437

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2023:
לפני כ- 10 ימים היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי, נכנס לרחב לפניו היה בתורק נהג, מהירות סביב 70 לא עצירה פיתאומית באותו יום היה במיון בוצע צילום ללא ממצא גרמי חריף שוחרר עם המלצה לפיזיותרפיה מעקב אורטופד מאז התאונה תלונות על כאבי גב תחתון, כל שינוי תנוחה מחמיר את הכאב מקרין לרגל שמאל לאורך כל הרגל עד עקב נטל רוקסט פלוס יש הקלה בזמן השפעת הכדור
14/05/2023
תור טלפוני ממשיך עם התלונות על כאבי גב תחתון מאז התאונה היה אצל אורטופד נשלח לביצוע CT ע"ש מותני, ועדיין לא הסתדר לו לעשות הפניה חוזרת גם ל CT וגם לפיזיותרפיה

סימנים חיוניים: גובה 181 20/02/2022 משקל 92 20/02/2022 bmi 28.08
לחץ דם 80 / 129 20/02/2022
דופק 59 20/02/2022

ממצאים קליניים: ממצאים מתאריך 03/01/2023:
במצב כללי טוב, נראה כאוב, ללא חוס נירולוגי, כוח גס תקין, SLR שלילי
14/05/2023

37437

ד"ר טטיאנה צוקרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 14/05/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		סביר אלכסנדר		מס זהות: 00327091922		גיל: 35.03		מין: ז	
שם משפחה ופרטי:		ת.לידה: 22/01/1988		רחוב: עמוס הנביא		מס בית: 6 / 6		טלפון: 54-3553533	
מס בית: 6 / 6		טלפון: 54-3553533		ראש העין		מספר הפניה: 35983016291		תאריך תאונה: 21/12/2022	

גורם שולח



5983

מספר הפניה



035983016291

תז נבדק



0327091922

רשיון רופא



037437

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: 03/01/2023
לפני כ- 10 ימים היה מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי, נכנס לרחב לפניו היה בתורק נהג, מהירות סביב 70 לא עצירה פיתאומית באותו יום היה במיון בוצע צילום ללא ממצא גרמי חריף שוחרר עם המלצה לפיזיותרפיה מעקב אורטופד מאז התאונה תלונות על כאבי גב תחתון, כל שינוי תנוחה מחמיר את הכאב מקרין לרגל שמאל לאורך כל הרגל עד עקב נטל רוקסט פלוס יש הקלה בזמן השפעת הכדור
14/05/2023
תור טלפוני
ממשיך עם התלונות על כאבי גב תחתון מאז התאונה
היה אצל אורטופד נשלח לביצוע CT ע"ש מותני, ועדיין לא הסתדר לו לעשות הפניה חוזרת גם ל CT וגם לפיזיותרפיה

סימנים חיוניים: גובה 181 20/02/2022 משקל 92 20/02/2022 bmi 28.08
לחץ דם 129 / 80 20/02/2022
דופק 59 20/02/2022

ממצאים קליניים: ממצאים מתאריך 03/01/2023 במצב כללי טוב, נראה כאוב, ללא חוס נירולוגי, כוח גס תקין, SLR שלילי
14/05/2023

37437

ד"ר טטיאנה צוקרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 14/05/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922	גיל:	35.03	מין:	ז
ת.לידה:	22/01/1988	ישוב:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:		
מס בית:	6 / 6	טלפון:	54- 3553533					

תאריך תאונה 21/12/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35983016290

גורם שולח



5983

מספר הפניה



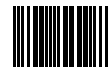
035983016290

תז נבדק



0327091922

רשיון רופא



037437

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT עמוד שדרה מותני סקראלי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ.	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2023:
לפני כ- 10 ימים הייתי מעורב בתאונת דרכים מנגנון קדמי, נכנס לרחב לפניו היה בתורק נהג, מהירות סביב 70 לא עצירה פיתאומית באותו יום היה במיון בוצע צילום ללא ממצא גרמי חריף שוחרר עם המלצה לפיזיותרפיה מעקב אורטופד מאז התאונה תלונות על כאבי גב תחתון, כל שינוי תנוחה מחמיר את הכאב מקרין לרגל שמאל לאורך כל הרגל עד עקב נטל רוקסט פלוס יש הקלה בזמן השפעת הכדור
14/05/2023:
תור טלפוני ממשיך עם התלונות על כאבי גב תחתון מאז התאונה היה אצל אורטופד נשלח לביצוע CT ע"ש מותני, ועדיין לא הסתדר לו לעשות הפניה חוזרת גם CT וגם לפיזיותרפיה

סימנים חיוניים	גובה	181	נמדד ב: 20/02/2022	משקל	92	נמדד ב: 20/02/2022	BMI	28.08
לחץ דם	80 / 129	נמדד ב: 20/02/2022						
דופק	59	נמדד ב: 20/02/2022						

ממצאים עיקריים
ממצאים מתאריך 03/01/2023:
במצב כללי טוב, נראה כאוב, ללא חוס ניירולוגי, כוח גס תקין, SLR שלילי
14/05/2023

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/01/2023:
 הפניה לפיזיותרפיה
 טיפול בארקוקסיה לשבוע ימים (רק אחרי אוכל)
 יש תור לאורטופד
 ההפניות שהופקו ב 03/01/2023:
 הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
 14/05/2023:

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

37437

ד"ר טטיאנה צוקרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
 פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
 מפורסמת באתר הכללית



סניף מור מגדל המאה ת"א היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 29 יוני, 2023

טלפון: 03 - 7760100

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: סביר , אלכסנדר , ת.ז. : 327091922
תאריך בדיקה: 20/06/2023
כתובת: ראש העין , עמוס הנביא , 0006
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: אא
טלפון: 054 - 3553533 , 054 - 3553533
רופא מפנה/מטפל: ד"ר צוקרמן טטיאנה

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד השדרה מותני:

יישור לורדוזיס פיזיולוגי.

סריקת L1-L2:

המבנים הגרמיים כולל גופי החוליות, הקשתות האחוריות והמפרקים הפצטליים הודגמו תקינים. השומן האפידורלי וליגמנטום פלאבום תקינים. התעלה התת עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות. סחוס הדיסקית הבין חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים. אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל-SPINAL STENOSIS CENTRAL. הקוטר הסגטלי של התעלה הגרמית תקין.

סריקת L2-L3:

המבנים הגרמיים כולל גופי החוליות, הקשתות האחוריות והמפרקים הפצטליים הודגמו תקינים. השומן האפידורלי וליגמנטום פלאבום תקינים. התעלה התת עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות. סחוס הדיסקית הבין חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים. אין עדות לבקע הדיסקית. אין עדות ל-SPINAL STENOSIS CENTRAL. הקוטר הסגטלי של התעלה הגרמית תקין.

סריקת L3-L4:

המבנים הגרמיים כולל גופי החוליות, הקשתות האחוריות והמפרקים הפצטליים הודגמו תקינים. השומן האפידורלי וליגמנטום פלאבום תקינים. התעלה התת עכבישית ומוצא העצבים ההיקפיים משני הצדדים ללא סטיות.

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב. יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 29 יוני, 2023

טלפון: 03 - 7760100

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 327091922

, אלכסנדר

שם נבדק/ת : סביר

תאריך בדיקה 20/06/2023

סחוס הדיסקית הבין חולייתית הודגם בצפיפות תקינה ובעל גבולות סדירים.

אין עדות לבקע הדיסקית.

אין עדות ל-SPINAL STENOSIS CENTRAL.

הקוטר הסגיטלי של התעלה הגרמית תקין.

סריקת L4-L5:

השטחה של האנולוס פיברוזום ללא עדות לבלט או בקע דיסקלי.

היפרטרופיה קלה הרצועות הצהובות, לחץ קל על השק התקאלי.

סריקת L5-S1:

בקע על בסיס רחב אחורי מרכזי פרא מדיאלי מצד שמאל.

דיסק נושק לשק התקאלי, שורש עצב היקפי השמאלי.

מפרקים סקרו-איליאקלי הודגמו עם שינויים דגנרטיביים דו צדדי.

מסקנה:

בקע דיסקלי על בסיס רחב מרכזי ופרא מדיאלי מצד שמאל בגובה L5-S1 עם לחץ על השק התקאלי, שורש עצב

היקפי השמאלי – לתאום על ידי בדיקת MRI וייעוץ אורטופד גב.

בברכה,

ד"ר יוליה אז'יבקוב

מומחית לרדיולוגיה אבחנתית

מ.ר. 35189 מ.ר.מ. 26108

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2

תאריך: 25/07/2023

סיכום יעוץ

פרטי המטופל: **סביר אלכסנדר**
 שם משפחה ופרטי: 22/01/1988
 ת.ל.ידה: 6 / 6
 מס בית: 54-3553533
 מ.ס זהות: 00327091922
 רחוב: עמוס הנביא
 גיל: 35.06
 מין: ז
 טלפון נוסף:

לכבוד: ד"ר צוקרמן טטיאנה
 תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/01/2023:
 בן 35
 בסוף דצמבר לדבריו ת.ד.
 נגנון קדמי
 כאבי גב תחתון מאז
 שיפור תחת נוגדי כאבים, שיפור מני בלבד.
 עדיין כאבים יומיומיים כולל כאבי בוקר ולילה
 25/07/2023

ממצאים: בדיקה גופנית מתאריך 17/01/2023:
 מתהלך עם צליעה
 ללא חסר NV דיסטלי
 כח גס שמור בכל קבוצות השרירים
 כאבים בהנעת הגב עם הגבלת טווחים
 25/07/2023
 CT מדגים בלט קל L5-S1.
 היפרטרופיה של רצועות ב L4-5

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		LOW BACK PAIN

דיון / תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/01/2023:
 1. CT עמוד שדרה מותני וביקורת
 ההפניות שהופקו ב 17/01/2023:
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו
 25/07/2023
 המשך מעקב לפי הצורך.

בברכה,

ד"ר טומי אלכסנדר בקאל

שם הרופא

24890

מספר רשיון

124975
 מ.ר. 24890 מ.ר. 30264
 ד"ר בקאל פתוחה ותחתית בבופא
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 מרכז מומחים לרפואה יועצת דגני חדרה

תאריך: 30/01/2024

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922	גיל:	36.00	מין:	ז
ת.לידה:	22/01/1988	ישו:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:		
מס בית:	6 / 6	טלפון:	54-3553533					

לכבוד: ד"ר צוקרמן טטיאנה

תלונות: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 25/07/2023

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 17/01/2023

בן 35

בסוף דצמבר לדבריו ת.ד.

נגנון קדמי

כאבי גב תחתון מאז

שיפור תחת נוגדי כאבים, שיפור מני בלבד.

עדיין כאבים יומיומיים כולל כאבי בוקר ולילה

25/07/2023

30/01/2024

המשך כאבי גב.

ממצאים: בדיקה גופנית מתאריך 25/07/2023

בדיקה גופנית מתאריך 17/01/2023

מתהלך עם צליעה

ללא חסר NV דיסטלי

כח גס שמור בכל קבוצות השרירים

כאבים בהנעת הגב עם הגבלת טווחים

25/07/2023

CT מדגים בלט קל L5-S1.

היפרטרופיה של רצועות ב L4-5

30/01/2024

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		LOW BACK PAIN

דיון / תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/07/2023

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/01/2023

1. CT עמוד שדרה מותני וביקורת

ההפניות שהופקו ב 17/01/2023:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מו

25/07/2023

המשך מעקב לפי הצורך.

30/01/2024

תוכנית אבחנתית

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

בברכה,

נחתם דיגיטלית

24890

ד"ר טומי אלכסנדר בקאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



015011084735

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

מס' זהות: 00327091922

סביר אלכסנדר

גיל: 36.00 מין: ז

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

קפליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 30/04/2024 - 30/01/2024

למשך 10 ימים סה"כ 20 יח



מס' רישיון



024890

טלפון: 03-9000200

שם הרופא ד"ר טומי אלכסנדר בקאל

כתובת: מבצע בזק 8, ראש העין

תחום: מומחה לכירורגיה אורתופדית

חתימה וחתימת הרופא: **נחתם דיגיטלית**

בידעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 30/01/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר אלכסנדר	מס זהות:	00327091922	גיל:	36.00	מין:	ז
ת.לידה:	22/01/1988	ישוב:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:		
מס בית:	6 / 6	טלפון:	54 - 3553533					

מספר הפניה: 35011044857

גורם שולח



5011

מספר הפניה



035011044857

תז נבדק



0327091922

רשיון רופא



024890

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 25/07/2023

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 17/01/2023

בן 35

בסוף דצמבר לדבריו ת.ד.

נגנון קדמי

כאבי גב תחתון מאז

שיפור תחת נוגדי כאבים, שיפור מני בלבד.

עדיין כאבים יומיומיים כולל כאבי בוקר ולילה

25/07/2023

30/01/2024

המשך כאבי גב.

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 25/07/2023

בדיקה גופנית מתאריך 17/01/2023

מתהלך עם צליעה

ללא חסר NV דיסטלי

כח גס שמור בכל קבוצות השרירים

כאבים בהנעת הגב עם הגבלת טווחים

25/07/2023

CT מדגים בלט קל L5-S1

היפרטרופיה של רצועות ב L4-5

30/01/2024

מטרת הבדיקה: הרפיית גב תחתון.

נחתם דיגיטלית

24890

ד"ר טומי אלכסנדר בקאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

נספח 3 :

יפוי כח ווסר_000449

(עמודים 32 עד 34)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אלכס. סרני מס' 327081922, מרחוב ז'אן ז'אק סנט-פייר 6 ת.ז. מס' 327081922 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה 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:

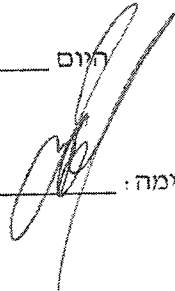
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות 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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

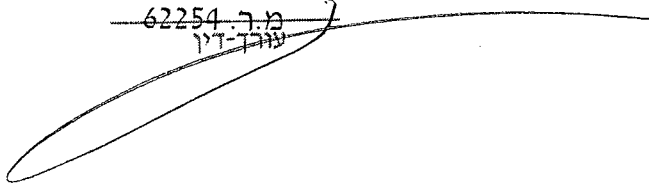
ולראיה באתי על החתום

היום 13 לחודש 2 שנה 24
חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254
עורך-דין



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

327091922 שם האב	תעודת זהות	כס/כ שם פרטי	סדר שם משפחה
טלפון	מיקוד	עיר	מס'

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 19.2.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

אריאל מרינג, עו"ד
62254