

תאריך חתימת המסמך 18.4.24

התובע: שליו הימן, ת"ז 324194042

מרחוב גורדון 9, נתניה 4228807
טלפון: 053-6232369

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן 5252204
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: Office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעים: 1. נסים אליאס זדה, ת"ז 212258784

מרחוב מונאש 17, תל אביב

2. קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

מדרך מנחם בגין 23, תל אביב 66182
טלפון: 03-7111666; פקס: 03-7111661
דוא"ל: tviot@karnit.co.il

כתב תביעה



סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 971 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדכם, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא יוגש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין:

1. הנתבע 1 הינו מי שבכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו היה הבעלים ו/או המשתמש ברכב מסוג אופנוע הנושא מ"ר 65491801 (להלן: "**הרכב**") אשר נעדר ביטוח חובה כמתחייב מפקודת ביטוח רכב מנועי, תש"ל-1970.
2. התובע, יליד 31.8.2001, רכב על אופניו עת נפגע כתוצאה מפגיעת הרכב אשר היה נהוג ע"י התובע 1.
3. הנתבעת 2 הינה קרן סטטוטורית שתפקידה לפצות נפגעי תאונות דרכים ואחראית לפיצוי התובעת מל"ח סעיף 12.(א)(2) לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעים חייבים לפצות את התובע מכח חבותם החוקית כמפורט לעיל.
5. התובע, צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עבד במועד התאונה בשליחויות נפגע בתאונה פגיעות קשות ונגרמו לו נזקים בעטיים מצוי הוא במעקב רפואי אינטנסיבי, ונגרמו לו הפסדי שכר.
6. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע לעזרה בביצוע פעולות יום יומיות שונות ובניהול משק ביתו.
7. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע להוצאות בין מוניות והסעות מיוחדות.



(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

8. בתאריך 18.8.2023, בסביבות השעה 17:30 או בסמוך לכך, בכביש מס' 20, בקילומטר 12.9, פגע הרכב אשר היה נהוג ע"י הנתבע 1 והתובע, נפגע ונחבל קשות (להלן: "**התאונה**").
- רצ"ב אישור משטרה ותוצאות שאילתא מאתר קרנית, מסומנים "**כנספח 1**"
9. ממקום התאונה פונה התובע במצב קשה והוכנס לחדר הלם בבית החולים איכילוב בתל אביב. התובע סבל מדימומים במספר איברים ופגיעת ראש ובדיקת הדמיה הדגימה שבר בגולגולת והוחלט לאשפוזו להשגחה.
10. בחלוף 3 ימי אשפוז, במהלכם בוצעו בדיקות הדמיה המכוונות לראש אשר הדגימו שבר אוקסיפיטלי מתמשך עד בסיס הגולגולת ושבר בעצם טמפורלי מימין עם מעורבות TMJ, שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי במרפאת נירורכיורגי באיכילוב, שטיפה וחיטוי החתכים והחבלות, מעקב רפואי בקהילה ומנוחה בת 30 ימים.

רצ"ב תמונות, מסומנות "כנספח 2".

11. התובע המשיך במעקב רפואי הן במסגרת מרפאות החוץ והן במסגרת הקהילה, ניתנו לו הנחיות להימנע מחשיפה לשמש, מנוחה, נטילת תרופות לשיכוך כאב והמשך חיטוי וטיפול בחבלות.
12. התובע המשיך לסבול מכאבי ראש, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב יד ורגל ימין, הופנה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה נוספת למשך 90 ימים מהתאונה בהנחיה להימנעות מחשיפה לשמש והימנעות ממאמץ נוכח חבלת הראש.
13. התובע המשיך במעקב הרפואי והופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב ולהפגת כאבי הראש עם הפניה לביצוע בדיקות הדמיה והמשך בירור.
14. בנוסף שיתף התובע את הרופא המטפל כי מאז התאונה סובל מחרדה, קשיי שינה וסיוטי לילה.
15. בדיקת EMG שבוצעה לתובע הדגימה רדיקלופטיה בעמוד השדרה הצווארי והמותני והוא הופנה להמשך מעקב אורתופדי.
16. התובע נבדק ע"י אורתופד אשר איבחן הגבלה בתנועות עמוד השדרה הצווארי והמותני והוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וטיפול רפואה משלימה.



רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".

17. מאז התאונה סובל התובע מכאבי ראש וסחרחורות, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבים והגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון עם הקרנת הכאבים לגפיים, ממצב רוח ירוד, קשיי הירדמות ושינה, סיוטי לילה ומצלקות מכערות. התובע נזקק לקבלת טיפולים רפואיים ולנטילת טיפול תרופתי ויזקק לכך גם בעתיד.
18. במועד התאונה, התובע, צעיר בתחילת דרכו, עבד בעבודות מזדמנות, בין היתר בעבודות שליחויות, מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
19. בעטיה של התאונה נזקק התובע לעזרה בביצוע פעולות יומיומיות שונות וימשיך להיזקק לכך גם בעתיד.
20. מחמת התאונה נזקק התובע להוצאות בגין מוניות והסעות ויזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

21. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

חלק 3

22. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|----------------------------------|
| ₪ 75,000 | (1) הפסדי השתכרות בעבר – |
| ₪ 15,000 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| ₪ 12,000 | (3) הוצאות רפואיות ופארא-רפואיות |
| ₪ 8,000 | (4) הסעות מיוחדות בעבר - |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע 1, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות בגין שימוש בהסעות מיוחדות ומוניות בעתיד.
- (4) הוצאות בגין הוצאות רפואיות ופארא רפואיות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

23. הנתבע 1, חייב לפצות את התובעים בגין אחריותו לתאונה כמפורט לעיל.

24. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים מכח חבותה החוקית.

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובע, ביחד ולחוד, 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: אישור משטרה ותוצאות שאלתא (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תמונות פגיעת התובע (עמודים 11 עד 13)	11
נספח 3: תעודות רפואיות (עמודים 15 עד 42)	15
נספח 4: בקשה למינוי מומחים (עמודים 44 עד 44)	44
נספח 5: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 46 עד 49)	46



נספח 1 :

אישור משטרה ותוצאות שאילתא

(עמודים 7 עד 9)





מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נוסע	322371360	איתן אופק	03/01/2001	ת"א - יפו, מנח"ל 20	הדסה עירוני - איכילוב	קלה
רוכב	212258784	אליאס זדה נסים	20/03/2001	ת"א - יפו, מונאש 17	הדסה עירוני - איכילוב	קשה

פרטי הולכי רגל

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

כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
3	בחקירה	20/08/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1161256	כהן	שרון

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה
1161256	שרון	כהן	רס"מ

תפקיד

תפקיד	מקום שרות
חוקר בוחן תנועה תאונות דרכים	יחידת בוחנים מחוז תא

חתימה

24/09/2023 11:38

רס"מ שרון כהן
מ.א. 1161256
בוחן תנועה משטרת ישראל



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il
מספר תיק פלא 365501/2023
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק טז
תאריך 24/09/2023, ט' תשרי תשפ"ד, 11:38
נושא המסמך אישור תאונה

לכל המעוניין

תאריך התאונה 18/08/2023 בשעה 17:30

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 20 ק"מ מס 12.9

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב
סוג רכב
תוצר רכב
חברת ביטוח
מספר פוליסה
סוג לוחית
ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	324194042	הימן שליו עמית	31/08/2001	אבן יהודה, הנוטר 22	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הרכב

מספר רכב
סוג רכב
תוצר רכב
חברת ביטוח
מספר פוליסה
סוג לוחית
ישראלית



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
תאגיד – לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) תל אביב 6137401
טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111661

תאריך 18/04/2024
מספר סימוכין 289577

לכבוד
אריאל פרייברג

הנדון: מסירת מידע מחקרן
לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מסירת מידע מחקרן), תשי"ע - 2010

1. הננו מאשרים קבלת בקשתך, מיום **18/04/2024** ביחס לרכב מעורב מס' **65491801** בתאונת דרכים מיום **18/08/2023**
2. בהתאם למספר הרכב ותאריך תאונת הדרכים, כמפורט בבקשתך, **לא אותרה** במאגר שהוקם לפי התקנות הנ"ל כל רשומה הנוגעת לביטוח רכב חובה העשויה להיות רלבנטית לפנייתך.
3. המידע המפורט לעיל הוא זה הקיים במאגר בתאריך הפקת מסמך זה.
4. יובהר, כי המידע הקיים במאגר המידע שמחזיקה קרנית מבוסס על דיווח ממוחשב, אשר הועבר לקרנית על ידי חברות הביטוח והינו באחריותן בלבד.
5. המידע מועבר על ידי חברות הביטוח בשיהוי.



בכבוד רב,
קרנית – קרן לפיצוי
נפגעי תאונות דרכים

נספח 2 :

תמונות פגיעת התובע

(עמודים 11 עד 13)









נספח 3 :

תעודות רפואיות

(עמודים 15 עד 42)



תאריך ושעת ההדפסה: 14:36 20/08/2023

חסי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסווג לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך ניורוכירורגי
מנהלת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה ניורוכירורגיה	מנהל מחלקה: דר' שפירא יובל מ.ר. 38344	אח/ות אחראי/ת: מרואן עבד אלנבי
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 21	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה 4228807 נתניה

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12981057

תאריך קבלה למחלקה: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז במחלקה: 3

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 3

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 20/08/2023 שעה: 14:17
יעד השחרור: לביתו/ה - עצמאי

רופא בכיר אחראי

רופא: דר' שחר טל מ.ר. 37522

אבחנות ניורוכירורגיה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
SKULL FRACTURE	803.00			✓			

תלונה עקרי

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא בד"כ

דומינטיות ימנית

ללא טיפול תרופתי קבוע

ללא מדללי דם

מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלים. בוצע קליינס כיורגי בחדר הלים עם FAST שלילי.
שפשוף רבים.

בדיקה ניורולוגית - שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור, GCS 15, מניע 4 גפיים כח גס שמור.

הדמייה CT

קו שבר עדין אוקסיפיתלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין
ללא דמם

ת

בדיון כונן ד"ר טל שחר יתאשפז למחלקתנו להמשך השגחה
אנא לסיים את כל היעוצים טרם העלתו אל מחלקתנו
ספירה, כימיה, קרישה, צלח, אק"ג

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: כן

סיכום דיון

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקתו GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפיתלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין.
שוחרר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדיון עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה:

ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש.

ביצוע CT מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת.
משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות - יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	2 X ביום	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)
✓				7 ימים	1 X ביום	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)

תמונות



תמונות

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר שפטובסקי דוד מ.ר. 171090	רופא/ה מתמחה	20/08/2023 14:33

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר שחר



בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מרכז הזכויות בבית החולים איכילוב מזמין אותך לבדיקה וסיוע במיצוי זכויותיך בגין שינוי במצב בריאותי, ללא תשלום!

השירות ניתן מטעם משרד הבריאות והמשרד לשוויון חברתי

כתובתנו - בית החולים איכילוב, מגדל אשפוז אריסון, קומת קרקע (לובי הפסנתר) במרכז המידע והשירות
מרכז מיצוי זכויות (עד גיל פרישה): 03-6947888 מייל: Zchuiot.sourasky@moh.gov.il בימים א-ה בין השעות 10:00-18:00
יחידת סגולה (מעל גיל פרישה): 03-6947680 מייל: sgula@tlvmc.gov.il בימים א-ה בין השעות 08:00-16:00

אנחנו כאן בשבילכם!

Report

Himan, Shalev Amit, 1324194042

:Patient

31/08/2001

:Date of birth

410005057402 :Accession number

4705

:Examinations

Report created by

Printed from Sectra IDS7 on 27/09/2023, 14:31 by mrikab1

שירות:

0770450310

תיאור שירות:

CT ראש/מוח, ללא חומר ניגוד

ממצאי בדיקה:

* תשובה סופית *

בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי:

אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.

התוויה קלינית: לאחר חבלה.

ממצאים:

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת עם תפיחות קלה של רקמות רכות בסמוך.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד בסמוך. קונדיל מנדיבולרי שמור.

ללא עדות לדמם.

חדרים, ציסטרנות חריצים מתאימים לגיל הנבדק.

צפיפות החומר הלבן האפור והלבן תקינה.

אין עדות לממצא פוקלי.

ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.

שרוולי הראה נראים מעובים דו"צ, מומלץ המשך בירור.

איורור תקין של מערות הפנים.

רקמות הרכות האקסטראקראניאליות ללא ממצא מיוחד.

לסיכום:

ללא עדות לדמם.

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד בסמוך.

שם רדיולוג:

דר. נגיבה סאידה



סיכום ביקור

ביקור ב - 21/08/2023 17:51 אצל פרופ' ברחנא מיכה , רפואה כללית מ.ר. 21693
 ביקור ראשון עם אישור זמני

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 18/08/2023

סיבת ביקור

• תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בדר"כ דומינטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קלירנס כיורוגי בחדר הלב עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. GCS 15, בדיקה נירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור CT הדמייה

תפיחות רקמתית פרונטלית ופריאורביטלית מימין.

תפיחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת, מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:
 המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10

ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FOOT

מעבדה

טופס מס. 1: PERIOD.CHECK UP ADULT+CBC, CBC, TSH, MAGNESIUM, CALCIUM SERUM, VITAMIN B12, VITAMIN D 25-OH, AST(GOT)

הפניות למכונים

• CT ראש / מוח

תרופות

פרופ' מיכה ברחנא
 מ.ר. 21693, 18542, 15466
 רופא משפחה
 מאוחדת



Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012 | wolfson.org.il | 5822012 חולון, 5822012 | פקס: 03-5036408 | טל: 03-5028211

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

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת C.T. קרן
טלפון: 03-5028111 שלוחה פקס: 03-5028120

ת.ז.: 32419404-2
טלפון: 053-6232369

שם: הימן שליו עמית

כתובת: הנוטר 22 אבן יהודה 4050822

מ"ל: ז

גיל: 22 ש

מקרה: 32070230

גורם מפנה: מאוחדת

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
05/09/2023	15:51	CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי:
אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.
התוויה קלינית: לאחר חבלה.
מצאים:

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת עם תפיחות קלה של רקמות רכות בסמוך.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד בסמוך. קונדיל מנדיבולרי שמור.
ללא עדות לדמם.

חדרים, ציסטרנות חריצים מתאימים לגיל הנבדק.
צפיפות החומר הלבן האפור והלבן תקינה.
אין עדות לממצא פוקלי.

ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.
שרוולי הראה נראים מעובים דו"צ, מומלץ המשך בירור.

אירור תקין של מערות הפנים.
רקמות הרכות האקסטראקרניאליות ללא חמצא מיוחד.

לסיכום:

ללא עדות לדמם.

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד בסמוך.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. נגייבה סאידה	110621	140792	18/09/2023	22:19

תאריך הקלדה: 18/09/2023



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			



בתוקף מ: 21/08/2023
עד: 20/10/2023

הבדיקה הדחשה: CT ראש / מח - CTI0001

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בדרכי דומינטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קליינס כיורגי בחדר הלב עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. , GCS 15 , בדיקה נירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאו

CT הדמיה

תפיחות רקמתית פרונטלית ופריאוריטלית מימין.

תפיחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת , מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

שאלות לבדיקה:

לאחר התבלה הנ"ל , נדרש CT לביקורת

רופא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון:	21693
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	09-8917733
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		



20.08.23	לכבוד
 32419404-2	הימן שליו
מס' זימון: 00000000	גורדון 9
	נתניה, 4228807
א.ג.נ,	

הנדון: זימון למרפאה נוירוכירורגית

מר/גב' **הימן שליו** 32419404-2 מוזמן/ת ביום שלישי **05/09/2023** לשעה **10:45** למרפאה נוירוכירורגית בבנין הראשונים קומה 5.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9269	בדיקת רופא נוירוכירורג - א15	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.	אנא הקפד להביא
---	----------------------

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.



פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219824 דוא"ל מרפאה: nes-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 053-6232369
-----------------	--	------------------------------

הערות	1. חולים לאחר אשפוז-יש להביא העתק דו"ח סיכום מחלה של האשפוז האחרון! 2. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 ועד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה. 3. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 4. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 5. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 6. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	--

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



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

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך נירוכירורגיה
מנהלת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה נירוכירורגיה	מנהלת המרפאה: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 22	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה נתניה 4228807

נתוני ביקור - תאריך: 05/09/2023 שעה: 11:05 מספר ביקור: 43098294

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא



תלונה עקרית

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקתו GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפטלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין. שוחרר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדיון עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

מרפאה 5.9.2023 -

=====

הגיע לביקורת כעת ללא סיטי חדש - בפועל אין הצדקה.

מרגיש סה"כ טוב, ללא כאבי ראש.

הסברתי שאין צורך להשלים CT נוסף

בשלב זה סיים השגחתנו

להקפיד להימנע מחשיפה לשמש, לאור פגיעה ושפשופים משמעותיים בפנים.

סיכום דיון

סודי רפואי

שם: שליו הימן	ת"ז: 324194042	ביקור: 43098294	תאריך: 05/09/2023	מרפאה נירוכירורגיה
---------------	----------------	-----------------	-------------------	--------------------

מעקב לאחר חבלת ראש עם שבר, CTV תקין

ס"ם מעקבנו

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: -פנייה לרופא משפחה עם מכתב זה
-אין צורך בהדמיות נוספות או המשך מעקב מרפאה
-להימנע מחשיפה לשמש באזור השפשופים בפנים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	ביום 1 X	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)
✓				7 ימים	ביום 2 X	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)

תמונות

נחתם ע"י: דר' קרפוב יבגני מ.ר. 140626



חתימה: _____

ת.לידה: 31/08/2001

שיא: ביטוח:

זכר

מין:

שם מבוטח: שליו עמי הימן

ת"ז: 1-32419404/2

סלולרי: 053-6232369

טלפון: 053-6232369

טלפון:

מיקוד: 52653

גיל: 22.0

כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

148.00

בקבוצת סיכון בינונית 130 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה 100 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה במיוחד 85 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בכל מקרה יש

להיוועץ עם הרופא המטפל באשר לערך המטרה הרצוי

MAGNESIUM

1.85 MG/DL

(1.60- 2.60)

(*)

TRIGLYCERIDES

71.00 MG/DL

(35.00- 170.00)

(*)

GFR(ESTIMATED)

127.40

(יחידות: 1.73M2/ML/MIN)

חושב לפי נוסחת

CKD-EPI 18 גיל מעל גיל 18

לא מתאים לנשים

הרות

TSH

2.45 μ U/mL

(0.35- 4.94)

(... *)

VITAMIN B12

PG/ML

(187.00- 1060.00)

(.... *)

699.00

B12 PG/ML יתכן חסר ב ויטמין

בין 187 ל 300

יש לקבל החלטה

בהתאם למצב הקליני

אין צורך לחזור על

הבדיקה תוך כדי טיפול

VITAMIN D 25-OH

29.30 NG/ML

VIT.D 25-OH < 10 NG/ML = SEVERE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 10 - 19 NG/ML = MILD TO



MODERATE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 20 - 50 NG/ML = SUFFICIENT
LEVELS (30-50 NG/ML OPTIMUM LEVELS)

VIT.D 25-OH 51 - 80 NG/ML = INCREASED RISK
OF HYPERCALCIURIA

VIT.D 25-OH > 80 NG/ML = TOXICITY
POSSIBLE

WBC

6.30 K/UL

(4.00- 10.00)

(..*.....)

IMMATURE GRANULOCYT

ES

K/UL

0.02

(0.00- 0.09)

(.*.....)

IMMATURE GRANULOCYT

ES %

%

0.30

(0.00- 0.62)

(...*.....)

NEUTROPHILS

3.70 K/UL

(1.80- 6.60)

(...*.....)

NEUTROPHILS %

58.90 %

(46.00- 68.00)

(....*.....)

LYMPHOCYTES

1.83 K/UL

(1.10- 3.50)

(..*.....)

LYMPHOCYTES %

28.60 %

(15.00- 45.00)

(...*.....)

MONOCYTES

0.50 K/UL

(0.08- 0.90)

(....*.....)

MONOCYTES %

8.00 %

(2.00- 10.00)

(.....*..)

EOSINOPHILS

0.21 K/UL

(0.00- 0.60)

(..*.....)

EOSINOPHILS %

3.40 %

(0.00- 6.00)

(....*.....)

BASOPHILS

0.05 K/UL

(0.00- 0.15)

(..*.....)

BASOPHILS %

0.80 %

(0.00- 1.50)

(....*.....)

RBC

5.34 M/UL

(4.30- 6.00)

(.....*...)

HEMOGLOBIN

15.10 G/DL

(13.50- 17.50)

(...*.....)

HEMATOCRIT

44.70 %

(38.00- 50.00)

(....*.....)

ת.לידה: 31/08/2001

סלולרי: 053-6232369

שיא: ביטוח:

טלפון: 053-6232369

זכר

מין:

שם מבוטח: שליו עמי הימן

מיקוד: 52653

גיל: 22.0

ת"ז: 1-32419404/2

כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

MCV	83.70 FL	(80.00- 98.00)	(. *.....)
MCH	28.30 PG	(27.00- 33.00)	(. *.....)
MCHC	33.80 G/DL	(32.00- 35.50)	(... *....)
RDW	12.80 %	(11.00- 16.00)	(.. *.....)
NRBC	0.00 K/UL	(0.00- 0.01)	(*.....)
NRBC%	0.00 %	(0.00- 0.10)	(*.....)
PLATELETS	219.00 K/UL	(150.00- 400.00)	(. *.....)
PLATELET-LARGE CELL	RATIO 37.70 %		
N.R. 19.4-43.7%			
MPV	11.50 FL		
N.R 6.5-11.5 FL			





תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז:	1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369				

שם המעביד: תן בוס
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:
שכיר:
רפא מטפל:
נמצא בטיפול מיום:
תאריך התאונה:

האיבר שנפגע:
התעסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפול שנעשו במקום:
צילומי רנטגן שנעשו במקום:

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אשר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 18/08/2023
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 18/08/2023 עד יום 17/11/2023 סה"כ 92 ימים



רפא/מטפל:	פרופ' ברחמא מיכה	רשיון:	21693
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	09-8917733
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	בטוח:	שיא:	ת.לידה:
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369	31/08/2001	

מס. טופס	5889000062	הפנייה לפיזיותרפיה
----------	------------	---------------------------

הבדיקה הדחשה: פיזיותרפיה - PRG0017

תלונות החולה:

- לפני כחודשיים היה מעורב בתאונת אפוניים, נחבל ביד ימין ורגל ימין. נבדק במיון של איכילוב, היה מהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה - צלקות אספקט וולרי של שורש כף ואספקט חיצוני של השוק, הגבלה בטווחי תנועת שורש כף היד, ללא חוסרה NV.



אבחנות:

- CONTUSION HAND

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רופא/מטפל:	ד"ר קולטנוב דמיטרי	רשיון:	37507
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	
כתובת:	נתן הנביא 1 בני ברק		



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין: זכר	ביטוח: שיא	ת.לידה: 31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד: 52653	טלפון: 053-6232369		

מס. טופס	7562001128
----------	------------

בתוקף מ: 21/08/2023
עד: 20/10/2023

הבדיקה הדרושה: CT ראש / מח - CTI0001

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	p	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

• תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בדרכ"כ דומינטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קליינס כיורגי בחדר הלב עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. 15 GCS, בדיקה נוירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאו ר CT הדמיה

תפוחות רקמתית פרונטלית ופריאוריטלית מימין.

תפוחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת, מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי לאור מצבו הכללי משיבי הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נוירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נוירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

שאלות לבדיקה:

לאחר החבלה הנ"ל, נדרש CT לביקורת

רפוא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון: 21693	טלפון: 09-8917733
תחום עיסוק:	רפואה כללית	המסדים 41 אבן יהודה	
כתובת:			



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לדה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			

מס. טופס 5889000062	הפנייה לפיזיותרפיה
------------------------	---------------------------

הבדיקה הדחשה: פיזיותרפיה - PRG0017

תלונות החולה:

- לפני כחודשיים היה מעורב בתאונת אפוניים, נחבל ביד ימין ורגל ימין. נבדק במיון של איכילוב, היה מהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה - צלקות אספקט וולרי של שורש כף ואספקט חיצוני של השוק, הגבלה בטווחי תנועת שורש כף היד, ללא חוסרה NV.



- CONTUSION HAND

אבחנות:

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רופא/מטפל:	ד"ר קולטנוב דמיטרי	רשיון:	37507
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	
כתובת:	נתן הנביא 1 בני ברק		





תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז:	1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369				

שם המעביד: תן ביס
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע: לא
שכיר: לא
רופא מטפל: פרופ' ברחנא מיכה
נמצא בטיפול מיום: 18/08/2023
תאריך התאונה: 18/08/2023

האיבר שנפגע: פנים, יד ימין, רגל ימין
התעסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפול שנעשו במקום:
צילומי רנטגן שנעשו במקום:



אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 18/08/2023
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 18/08/2023 עד יום 17/11/2023 סה"כ 92 ימים

רופא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון:	21693
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	09-8917733
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לדה: 31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד: 52653	טלפון: 053-6232369				



מס. טופס
5889000062

הפניה לפיזיותרפיה

הבדיקה החדשה: **פיזיותרפיה - PRG0017**

תלונות החולה:

- לפני כחודשיים היה מעורב בתאונת אפוניים, נחבל ביד ימין ורגל ימין. נבדק במיון של איכילוב, היה מהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה - צלקות אספקט וולרי של שורש כף ואספקט חיצוני של השוק, הגבלה בטווחי תנועת שורש כף היד, ללא חוסרה NV.

אבחנות:

- CONTUSION HAND

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

חפא/מטפל:	ד"ר קולטנוב דמיטרי	רשיון: 37507	תלפון:
תחום עיסוק:	אורתופדיה		
כתובת:	נתן הנביא 1 בני ברק		





תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז:	1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369				

שם המעביד: תן ביס
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע: לא
שכיר: לא
רופא מטפל: פרופ' ברחנא מיכה
נמצא בטיפול מיום: 18/08/2023
תאריך התאונה: 18/08/2023

האיבר שנפגע: פנים, יד ימין, רגל ימין
התעסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפולים שנעשו במכון:
צילומי רנטגן שנעשו במכון:



אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 18/08/2023
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 18/08/2023 עד יום 17/11/2023 סה"כ 92 ימים



רופא/מטפל: פרופ' ברחנא מיכה
תחום עיסוק: רפואה כללית
כתובת: המיסדים 41 אבן יהודה
טלפון: 09-8917733

החלפת תעודת רישום



ת.ד. 1324194042	שם המבטח	הימן שליו עמי	מין:	זכר	בטוח:	שיא	ת.לדה: 31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד: 52653	טלפון: 053-6232369				

מס. טופס 5889000062	הפניה לפיזיותרפיה
------------------------	--------------------------

הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה - PRG0017

תלונות החולה:

- לפני כחודשיים היה מעורב בתאונת אפוניים, נחבל ביד ימין ורגל ימין. נבדק במיון של איכילוב, היה מהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה - צלקות אספקט וולרי של שורש כף ואספקט חיצוני של השוק, הגבלה בטווחי תנועת שורש כף היד, ללא חוסרה NV.

אבחנות:

- CONTUSION HAND

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רופא/מטפל:	ד"ר קולטונב דמיטרי	רשיון: 37507
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:
כתובת:	נתן הנביא 1 בני ברק	



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לדה: 31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד: 52653	טלפון: 053-6232369				

מ.ס. טופס 7562001383	הפניה לבדיקת - EMG
-------------------------	---------------------------

הבדיקה הדרושה: **EMG אלקטרומיוגרפיה - NRG0035**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

- מדווח על תחושות של שריפה בבסיס כף יד ימין , ואי נוחות בצלקת בשוק ימין . תנועתיות מפרק שורש כף היד תקינה
מדווח בנוסף שמתקשה לישון בלילה כי יש ארועים שמתעורר בבהלה כשהוא חולם על הארוע .

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- DISTURBANCE-SKIN SENSATION (PARESTHESIA/ANESTHESIA/NUMBNESS) right , at the level of palm
- ROAD ACCIDENT

רופא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון: 21693	טלפון: 09-8917733
תחום עיסוק:	רפואה כללית	המיסדים 41 אבן יהודה	תחום עיסוק: רפואה כללית



א.פ.ק. בריאות

Study ID:
Date of Study: 09/01/2024
Technician:
Physician:
Diagnosis:

Patient ID: 1324194042
Name: SHLAV, AMIT
Sex: Male
Age: 22
Height:

Comments

ST POST ROAD ACCIDENT CONTUSION UPPER LOWER LIMBS RIGHT

Conclusion

ON TODAYs ELECTRODYG. STUDY ON RT UPP LIMB EVIDENCE FOR ULNAR CUBITAL ENTRAPMENT AND MILD MODERATE RADICULOPATHY C7-8-T1
ON LOWER LIMB EVIDENCE FOR FOR PERONEAL PRESSURE AND ENTRAPMENT ON FIB HEAD LEVEL AND ALSO SUSP RADICULOPATHY L5-4 .

ORTHOPEDIC CONSULTATION RECOMMENDED

DR I. KOVACH L.N. 28864

Motor Nerve Conduction Studies

MNCS								
Nerve	Lat		Amp		CV		F-M Lat	
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev	ms	Ref.Dev
Medianus Motor Right								
Wrist - APB	3.00		14.6				24.5	
Elbow-Wrist	7.10		13.4		61.0			
Peroneus Motor Right								
Ankle - EDB	3.94		6.5				45.7	
Bl. knee-Ankle	9.83		4.5		46.7			
Fib. head-Bl. knee	11.6		5.1		36.7			
Ulnaris Motor Right								
Wrist - ADM	2.57		6.0				30.4	
Bl. elbow-Wrist	6.02		4.7		63.8			
Ab. elbow-Bl. elbow	7.88		5.1		37.6			

Sensory Nerve Conduction Studies

SNCS						
Nerve	Peak Lat		Amp		CV	
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev
Medianus Sensory Right						
Dig II - Wrist	3.19				69.3	
Suralis Sensory Right						
Mid. lower leg - Lat. Malleolus	2.72				42.0	
Ulnaris Sensory Right						
Dig V - Wrist	2.45				71.4	

ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לדה: 31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד: 52653	טלפון: 053-6232369				

מס. טופס



7562001490

- בקשה לייעוץ חפא אורטופד

הבדיקה הדרושה: **אורטופד / אורתופד - ICG0005**

לכבוד: יועץ הקופה, אורטופדיה
רקע: ב EMG חשד לרדיקולופטיה L4-5 וב ע"ש צווארי



אבחנות:

- CONTUSION FACE SCALP OR NECK

שאלות לבדיקה:

הערכתך וחוות דעת

בברכה

חפא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון: 21693	
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון: 09-8917733	
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		

החלטת משרד הבריאות



ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			



מס. טופס	3440001802
----------	------------

הבדיקה הדרושה: **אבחון וייעוץ רפואה משלימה - CMG0002**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	כן	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	----	--------------------	----

תלונות החולה:

בן 22 היה מעורב בתאונת אפוניים, נבדק במיון של איכילוב, היה בהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה הגבלת תנועות צוואר גב תחתון ללא חסר VN לסג שלילי ללא סימני מילופטיה ללא חוסר NV EMG רדיקולופטיה צווארית מותנית הוסבר לפזיוטרפיה ורפואה משלימה

אבחנות:

- PAIN RADICULAR

שאלות לבדיקה:

כאבי צוואר

רופא/מטפל:	ד"ר ראובן אבישי	רשיון:	36609	טלפון:	09-8601333
תחום עיסוק:	אורתופדיה ברכיים	כתובת:	סמילנסקי 20 נתניה		



03/04/2024
 03/04/2024

 תאריך רישום:
 תאריך הדפסה

ת.ז. 1324194042 שם המבוטח: הימן שליו עמי מין: זכר ביטוח: שיא ת.ל.ר. 31/08/2001
 כתובת: חיים ברלב 64 רמת גן מיקוד: 52653 טלפון: 053-6232369



הפנייה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדרושה: **פיזיותרפיה - PRG0017**

תאונת דרכים: לא תאונת עבודה: כן מוכר משרד הביטחון: לא

תלונות החולה:

- בן 22 היה מעורב בתאונת אפוניים, נבדק במיון של איכילוב, היה בהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה הגבלת תנועות צוואר גב תחתון ללא חסר VN לסג שלילי ללא סימני מילופטיה ללא חוסר NV EMG רדיקולופטיה צווארית מותנית הוסבר לפיזיותרפיה ורפואה משלימה

אבחנות:

• PAIN RADICULAR

שאלות לבדיקה:

לצוואר גב תחתון

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה



רפוא/מטפל: ד"ר ראובן אבישי רשיון: 36609
 תחום עיסוק: אורתופדיה ברכיים סמילנסקי 20 נתניה
 כתובת: טלפון: 09-8601333

www.meuhedet.co.il

ת.ז. 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			



הבדיקה הדרושה: **ICG0028** כף יד - כירורג

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	כן	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	----	--------------------	----

תלונות החולה:

- בן 22 היה מעורב בתאונת אפוניים, נבדק במיון של איכילוב, היה בהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה הגבלת תנועות צוואר גב תחתון ללא חסר VN לסג שלילי ללא סימני מילופטיה ללא חוסר NV
- EMG רדיקולופטיה צווארית מותנית הוסבר לפזיוטרפיה ורפואה משלימה

אבחנות:

- PAIN RADICULAR

שאלות לבדיקה:

כאבי כף יד ימין

רופא/מטפל:	ד"ר ראובן אבישי	רשיון:	36609	טלפון:	09-8601333
תחום עיסוק:	אורתופדיה ברכיים	סמילנסקי 20 נתניה			
כתובת:					

ד"ר ראובן אבישי
אורתופד מנתח
מ.ר.ח. 2815
מתימה וחנותמת הרופא

נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 44 עד 44)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום

בבית

שליו הימן - נ ג ד - קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

התובע, שליו הימן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי בתחום הנוירולוגי, בתחום האף, אוזן וגרון, בתחום הפסיכיאטרי ובתחום הכירורגיה הפלסטית שם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב, ובמסגרת קופת החולים מאוחדת.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 5 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 46 עד 49)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
י.ן	1.12	32 0194042	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
77	64	רמת גן	טלפון

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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 21.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 אריאל פרידמן, עו"ד חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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

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

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 32494042 מס', 11/10 ת.ז., מרחוב רחל 64 ו-7 א,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי, במשפטן של
נגד 19/1/23 בענין תאונת דרכים מיום 19/1/23 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 ברישומו 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 21 לחודש 9 שנה 23

חתימה: 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורד-דין

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ 324194042 בעל ת.ז. 324194042 התובע בתיק 324194042 בבית (ה) משפט ב לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

- להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
תאריך:	המחלה:	המוסד הרפואי:
_____	_____	_____
- להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

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

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד 324194042 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 28.9.23 הופיע/ה בפני 324194042 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין
מ.ר. 62254